

## ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

|                                                                                                                                                                 |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Етапне лікування скелетного компонента травми в постраждалих із тяжкою закритою поєднаною травмою</b><br>Бурука В. В., Ткаченко А. Є., Максименко М. А. .... | 3  |
| <b>Догоспідальна ідентифікація шокогенної механічної травми</b><br>Шкатула Ю. В., Танасієнко П. В., Бадіон Ю. О. ....                                           | 8  |
| <b>Клініко-епідеміологічна характеристика постраждалих, інфікованих вірусом імунодефіциту людини, з політравмою</b><br>Соловійов О. С. ....                     | 14 |
| <b>Інфекційні ускладнення в постраждалих, інфікованих вірусом імунодефіциту людини, з політравмою</b><br>Гур'єв С. О., Соловійов О. С., Танасієнко О. М. ....   | 20 |

## АКТУАЛЬНІ ТЕМИ

|                                                                                                                                                                                                                             |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Новые международные рекомендации по реанимации 2015 года и основы жизнеобеспечения у взрослых</b><br>Васкес Абанто Х. Э., Васкес Абанто А. Э., Арельяно Васкес С. Б. ....                                                | 25 |
| <b>Особливості організації екстреної медичної допомоги під час ліквідації наслідків масових заходів 31.08.2015 року біля Верховної Ради України</b><br>Близнюк М. Д., Печиборщ В. П., Вороненко В. В., Вершигора А. В. .... | 40 |
| <b>Медицина катастроф. Оптимізація навчання лікарів</b><br>Рошнін Г. Г., Сусак Я. М., Сличко І. Й. ....                                                                                                                     | 50 |
| <b>Ургентные и неотложные состояния в практике врача</b><br>Васкес Абанто Х. Э., Васкес Абанто А. Э., Арельяно Васкес С. Б. ....                                                                                            | 55 |
| <b>Об'єктивні, нормативні та юридичні реалії впровадження парамедицини в екстреній медичній допомозі України</b><br>Стрельников М. О. ....                                                                                  | 72 |
| <b>Аналіз якості домедичної допомоги пораненим в умовах антитерористичної операції після впровадження стандартів підготовки у Збройних силах України</b><br>Бадюк М. І., Микита О. О., Швець А. В., Середа І. К. ....       | 79 |
| <b>Конверсія джгута в постраждалих із масивною зовнішньою кровотечею в разі затримки часу догоспідального етапу</b><br>Крилюк В. О., Сурков Д. М., Кузьмінський І. В., Максименко М. А., Крилюк О. Є. ....                  | 90 |

## ДОСВІД ІЗ МІЖНАРОДНОЇ ПРАКТИКИ

|                                                                                                                                                                                  |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Неекстрене використання відділення екстреної медичної допомоги пацієнтами для отримання допомоги пацієнтами без невідкладного стану</b><br>Вілмані Дж., Мортенсен К. ....     | 96  |
| <b>Организация отделения неотложной помощи</b><br>Кроум Р. Л. ....                                                                                                               | 112 |
| <b>Наказ Міністра охорони здоров'я Республіки Польща</b> .....                                                                                                                   | 128 |
| <b>Невідкладна медична служба в Республіці Польща</b> .....                                                                                                                      | 133 |
| <b>Моделювання роботи відділу невідкладної допомоги та визначення оптимальних схем укомплектування лікарським складом</b><br>Россетті М. Д., Тшцінські Г. Ф., Сіверуд С. А. .... | 141 |

## СПОРТИВНА ТРАВМА

|                                                                                                                                                                                                            |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Серцево-судинні розлади під час Чемпіонату світу з футболу</b><br>Вілберт-Лампен Ю., Лейстнер Д., Гревен С., Пол Т., Спер С., Фолькер С., Гатлін Д., Плассе А., Кнез А., Кекенхоф Х., Стейнбек Дж. .... | 150 |
| <b>Статистика травм у футболі</b> .....                                                                                                                                                                    | 161 |

## НОРМАТИВНО-ПРАВОВІ ДОКУМЕНТИ

|                                                                          |     |
|--------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Нормативно-правові документи ГО «Екстрена медицина України»</b> ..... | 175 |
|--------------------------------------------------------------------------|-----|

## УСПІШНІ РЕАНІМАЦІЇ

|                                                                                                                                                                                              |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Досвід проведення успішної серцево-легеневої реанімації медичними працівниками Центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф міста Києва (3 випадки)</b><br>Тищенко В. А. .... | 190 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|

УДК 614.88(083)+616-08

## Ургентные и неотложные состояния 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.** В работе врача первого звена часто приходится проводить раннюю диагностику и оказывать ургентную или неотложную помощь пациентам с тяжелой сердечно-сосудистой патологией, в частности с острым коронарным синдромом (ОКС) и острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК), сердечной астмой, а также с угрожающими жизни нарушениями сердечного ритма и приступами бронхиальной астмы. Не исключены вызовы из-за коматозного и посттравматического состояния. В отдельных случаях ОКС, ОНМК и прочих патологий приходится вызывать специализированные бригады скорой медицинской помощи, если требуется узкоспециализированный подход или транспортировка в больницу, а до их приезда по возможности проводится дифференцированная терапия состояния пациента.

Принятые меры на уровне экстренной медицины как можно ранее и профессиональнее при ургентных и неотложных состояниях, а также соответствующая преемственность действий на всех этапах оказания медицинской помощи пациентам являются неотъемлемыми составляющими для достижения наилучших результатов и минимизаций смертей и осложнений.

Общие рекомендации в большинстве стран Америки и Европы в рамках срочной и неотложной медицинской помощи основываются на законодательстве, адаптированном к их реальным возможностям, а также на перераспределении обязанностей с участием населения, пациента и профессионала-медика. В этих странах населению рекомендуется обратиться (вызов врача на дом не учитывается даже в качестве альтернативы) в службы экстренной помощи больницы только в крайних случаях.

Хотя наиболее часто встречаемые ургентные и неотложные состояния в практике врача имеют сердечно-сосудистую природу, встречаются и другие (среди прочих обращений – некардиологические). Авторы в пределах данной статьи останавливаются только на отдельных ургентных и неотложных состояниях, исходя из частоты встречаемости во время выполнения своих служебных обязанностей.

**Ключевые слова:** ургентные и неотложные состояния, экстренная медицина, срочная помощь, гипертонический криз.

### ВВЕДЕНИЕ

На уровне первичного звена оказания медицинской помощи, к примеру, в приемном покое больниц или в системе медицины неотложных состояний (неотложной медицинской помощи (НМП), скорой медицинской помощи (СМП)), по опыту авторов, в цифрах по «основным группам» зачастую обслуживаются обращения, связанные с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) [7]. В процентном соотношении средние показатели данной группы вызовов относительно всех обслуженных вызовов составляют в разные годы от 38 до 43 %. Автор в своем отчете включил в «основные группы»: болезни органов кровообращения или ССЗ, артериальную гипертензию (АГ) с кризами (выделена отдельно от ССЗ с учетом частоты обращаемости), болезни органов дыхания, болезни органов пищеварения и нервной системы [10].

В работе врача первого звена часто приходится проводить раннюю диагностику и оказывать ургентную или неотложную помощь пациентам с тяжелой сердечно-сосудистой патологией, в частности с острым коронарным синдромом (ОКС) и острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК), сер-

---

дечной астмой, а также с угрожающими жизни нарушениями сердечного ритма и приступами бронхиальной астмы. Не исключены вызовы из-за коматозного и посттравматического состояний. В отдельных случаях ОКС, ОНМК и прочих патологий приходится вызывать специализированные бригады СМП, если требуется узкоспециализированный подход или транспортировка в больницу, а до их приезда по возможности проводится дифференцированная терапия состояния пациента.

«Основные группы» относительно всех обслуженных вызовов НМП в сумме за 3 года представленного отчета имеют такие показатели: ССЗ – 40,84 %, АГ с кризами – 25,74 %, болезни органов дыхания – 12,94 %, болезни органов пищеварения – 5,18 %, болезни нервной системы – 4,8 % (материалы представлены на Всероссийской конференции «Противоречия современной кардиологии: спорные и нерешенные вопросы» в г. Самара 7–8 ноября 2014 г.) [3].

Гипертонические кризы (ГК) составляют основную группу, по опыту авторов, urgentных и неотложных состояний в практике врача первого звена, в частности НМП или приемного отделения больниц [3].

Относительно других состояний, часто встречаемых в практической деятельности врача (приступы сердечной и бронхиальной астмы, ОКС, ОНМК), могут быть показаны в более высоком процентном соотношении именно неотложные меры для спасения пациентов. Такое положение вещей усугубляется еще больше тем, что основной контингент пациентов составляют люди преклонного возраста с несколькими патологиями [19, 20].

Таким образом, можно утверждать, что urgentные и неотложные состояния в современном мире чаще всего представлены ССЗ, уверенно лидирующими среди десяти ведущих причин смерти в мире за период с 2000 по 2012 г. [3, 4]. Среди ССЗ состояния, связанные с АГ, занимают одно из первых мест по частоте обращаемости и вызова служб медицины неотложных состояний [13, 14].

Принятые меры на уровне экстренной медицины как можно ранее и профессиональнее при urgentных и неотложных состояниях, а также соответствующая преемственность действий на всех этапах оказания медицинской помощи пациентам являются неотъемлемыми составляющими для достижения наилучших результатов и минимизаций смертей и осложнений [7, 8].

## **ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Цель работы – анализ urgentных и неотложных ситуаций, имеющих место в практической деятельности врача первого звена в условиях реальной недостаточной укомплектованности и нехватки ресурсов здравоохранения на местах.

## **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

Был проведен ретроспективный анализ данных аттестационного отчета врача медицины неотложных состояний, а также изучены зарубежные исследования и научная медицинская литература относительно вопросов urgentных и неотложных состояний в практике врача.

## **УРГЕНТНОСТЬ ИЛИ НЕОТЛОЖНОСТЬ**

Общие рекомендации в большинстве стран Америки и Европы в рамках срочной и НМП основываются на законодательстве, адаптированном к их реальным возможностям, а также на перераспределении обязанностей с участием населения, пациента и профессионала-медика. В этих странах на-

селению рекомендуется обращаться (вызов врача на дом не учитывается даже в качестве альтернативы) в службы экстренной помощи больницы только в крайних случаях. В случае сомнений (например, если пациент – ребенок) общая рекомендация заключается в проведении консультаций по телефону со своим педиатром (на практике – частным педиатром), потому что, как утверждается, чем больше людей обращаются к службам экстренной помощи по несрочным проблемам, тем больше времени придется ждать другим пациентам, возможно, с реальными экстренными состояниями. Врачебные консультации на дому, как правило, бывают только частными, поскольку социальным пакетом медицинского страхования это допускается редко. В результате urgentные и неотложные консультации в значительной степени «фильтруются» самим населением и пациентами в том, что касается количества и истинного понимания самих понятий «urgentности» и «неотложности». К тому же это обстоятельство позволяет пациенту проявить больше заинтересованности на догоспитальном этапе относительно профилактики для более добросовестного соблюдения рекомендаций врача, соответствующим образом оценив время и личность профессионала-медика. В итоге хронические процессы имеют минимальную вероятность стать urgentным или неотложным состоянием, а соответствующая обращаемость или вызовы имеют реальные шансы быть по-настоящему профильными. Это значит, что обращаемость или вызовы автоматически станут минимальными по количеству, тем более если ответственность населения за свое здоровье все же будет расти в связи с уменьшением «просоветского» протекционизма согласно условиям современной страховой медицины или без нее.

Характер urgentной и неотложной обращаемости у взрослых и детей имеет свои особенности.

### **Ургентные и неотложные состояния у взрослых**

Случаи, из-за которых взрослое население в основном обращается за помощью в центры экстренной медицины или по причине которых объявляется тревога в службах экстренного реагирования, включают:

- ГК или неконтролируемую АГ;
- лихорадочный синдром (чаще всего гипертермии на фоне острых респираторных заболеваний);
- потерю сознания (иногда среди них внезапная смерть);
- острую боль в груди (кардиалгии и торакалгии);
- ОНМК;
- ОКС (острый инфаркт миокарда (ИМ), стенокардия);
- сердечную астму и острый отек легких;
- тромбоэмболию легочной артерии;
- острую одышку;
- приступ бронхиальной астмы (в том числе астматический статус);
- обострение хронической обструктивной болезни легких;
- острую боль в животе;
- судорожный синдром;
- шок;
- политравматизм;
- экстренные осложнения у диабетического пациента: кетоацидоз, гиперосмолярная и гипогликемическая кома;
- невралгии и радикулиты.

### **Ургентные и неотложные состояния у детей**

Случаи, из-за которых часто обращаются в центры экстренной медицины при проблемах со здоровьем у детей, включают:

- затрудненное дыхание или одышку, свистящее дыхание и персистирующий кашель;
- очень быстрое дыхание на фоне неизменной частоты сердечной деятельности;
- напряженную шею на фоне высокой температуры;
- внезапное изменение психического статуса (например, ребенок стал аномально сонливым, не просыпается, кажется дезориентированным, смущен);
- порезы или другие кожные ранения с неконтролируемым кровотечением;
- черепно-мозговые травмы;
- случаи, когда ребенок случайно проглотил ядовитое вещество или получил чрезмерную дозу лекарственного препарата;

Относительно легкие случаи, при которых желательно проконсультироваться по телефону со своим педиатром или семейным врачом, прежде чем обращаться непосредственно в центры ургентной и неотложной медицинской помощи:

- высокая температура (более 38,5 °C);
- боль в животе, головная боль, боль в ухе, боль в горле;
- рвота или понос (диарея);
- умеренные аллергические реакции, внезапно возникшая кожная сыпь;
- укусы насекомых, возможно зараженных;
- подозреваемое растяжение сухожилия или перелом кости;
- незначительные укусы животных, незначительные травмы.

Согласно понятиям, ранее обсуждаемым авторами в других статьях, в медицине «срочность» (urgent) и «неотложность» (emergency) схожи, но второе понятие в основном связывают со срочностью жизненного характера (в большей степени срочности). В практической работе врача очень важно определиться с состоянием у пациента молниеносно, и, исходя из этих трактовок, приступить к лечебным или реанимационным мероприятиям [4, 7]. Поскольку неотложные состояния – это такие патологические изменения в организме человека, которые приводят к резкому ухудшению здоровья, могут угрожать жизни и требуют экстренных лечебных мероприятий, то следует, что с подключением к процессу оказания первой помощи медиков, в первую очередь, необходимо профессионально и быстро идентифицировать эти состояния.

### **ВНЕ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ**

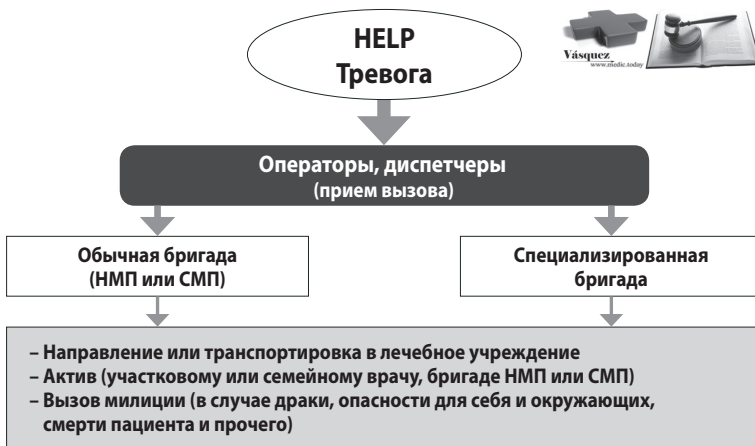
Любое из ургентных и неотложных состояний, имеющих место вне медицинских учреждений или непосредственно в них, может потребовать экстренных мероприятий в виде основ жизнеобеспечения, или базового поддержания жизни (Basic Life Support, BLS), или расширенного поддержания жизни (Advanced Life Support, ALS), на что обращается внимание авторов в соответствующих статьях. При внезапно возникшей экстренной ситуации очень важно реальное участие обыкновенного гражданина психологически или непосредственно в виде оказания первой помощи, а не мнениями, советами или препятствием.

Приведем пример из практики. Во время проезда в трамвае (май 2013 г., в период прохождения аттестационного курса) автор стал непосредственным случайным свидетелем внезапной смерти у пожилой женщины. Женщине А, примерно 70 лет, вдруг стало плохо в полупустом трамвае во время движения. Она стала задыхаться, успев перед этим только сказать: «Мне плохо». Рядом

находящаяся женщина Б, лет 45–50, вместо того, чтобы попытаться бабушке реально помочь, быстро вытащила откуда-то иконку и, положив ее на голову пострадавшей, стала крепко держать за голову, читая молитву: «Господи, прими эту грешную душу...». При попытке автора статьи вмешаться в ситуацию с целью оказания первой помощи женщина Б яростно сопротивлялась и не отпускала женщину А, явно мешая действиям врача. Пришлось грубо отодвинуть женщину Б своим телом и с большим трудом уложить в среднем упитанную пострадавшую, криком попросив о помощи недалеко стоявшего мужчину без желания участвовать. При оказании BSL ударом и компрессиями в грудь (чередую с попыткой открытия дыхательных путей) пострадавшую с остановкой сердца, крепко сжимавшую челюсти, удалось вернуть к жизни примерно через 40 секунд. Через 1–2 остановки бабушка уже самостоятельно (с помощью свидетелей) вышла, где еще несколько минут ее уговаривали дожждаться СМП, вызванную почти с самого начала по просьбе автора.

В случае критических ситуаций за пределами медицинских учреждений ключевым компонентом является вызов медицинских служб догоспитального обслуживания (как правило, бригады СМП, которая, кроме наземной, может быть еще и воздушной или морской в странах с развитой инфраструктурой) с просьбой о помощи по соответствующему номеру телефона (в странах, являющихся членами ЕС, – «112», в США – «911», в Украине – «103»). Операторы или диспетчеры этих служб обычно работают согласно определенному протоколу вопросов, по которым они должны определить, можно ли будет оказывать амбулаторную медицинскую помощь, или чтобы оценить необходимость выделения конкретной специализированной бригады [7, 23].

В целом практическая схема экстренного реагирования изображена на рисунке 1.



**Рисунок 1**  
Упрощенный алгоритм действия операторов и диспетчеров служб экстренного реагирования

Ситуации, из-за которых может потребоваться экстренное участие, бывают достаточно сложными, из-за чего предпринимаемые меры для их решения должны предусмотреть достаточно обширный диапазон действий. В условиях организованных и серьезных структур современности необходимо реагиро-

вать согласно определенному стандарту, призванному минимизировать необходимость принятия решений при различных срочных и неотложных случаях, а одновременно принимать оптимальные ответные меры. Для таких целей во внебольничных urgentных и неотложных медицинских ситуациях можно воспользоваться алгоритмом (рисунок 2), включающим несколько этапов: готовность, тревогу, приближение, изолирование и контроль, сортировку, BLS, ALS, стабилизацию, транспортировку и перевод, реактивацию (таблица 1).



**Рисунок 2**  
Упрощенный алгоритм действий бригад экстренного реагирования во внебольничных urgentных и неотложных медицинских ситуациях

**Таблица 1**  
Этапы действий бригад экстренного реагирования при urgentных и неотложных медицинских ситуациях

|                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Готовность</b>                | Состояние «ожидания и готовности». Системы urgentной и неотложной медицинской помощи должны быть всегда готовы и соответственно подготовлены (психологически и профессионально) для того, чтобы действовать в любой момент. Это означает, что средства связи и передвижения диспетчера должны работать бесперебойно, а медицинские бригады с соответствующим обеспечением должны быть максимально оперативными                       |
| <b>Тревога</b>                   | Автоматически «включается» система экстренного медицинского реагирования. При поступлении вызова диспетчер должен получить максимальную информацию с минимальным опросом: узнать о месте и причине случившегося, количестве пострадавших людей (при несчастном случае), расположении и доступности ближайших ресурсов. Одновременно с опросом со стороны диспетчера выездные бригады с нужным оснащением выезжают к месту требования |
| <b>Приближение</b>               | Приезд по вызову самым безопасным, быстрым и коротким путем (именно в таком порядке выбирается дорога)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Изолирование и контроль</b>   | Разграничение влияния со стороны, взятие ситуации «в свои руки». На месте необходимо удостовериться в собственной безопасности, следить за тем, чтобы не было новых пострадавших                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Сортировка</b>                | Определение приоритетов, в частности при оказании помощи нескольким пострадавшим или пациентам, «разделив» их по степени тяжести                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>BLS</b>                       | Основы жизнеобеспечения, или базовая поддержка жизни – комплекс мероприятий, который может быть оказан первыми случайными свидетелями и продолжен профессионалами-медиками                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Стабилизация</b>              | Действия, направленные на нормализацию дыхательной и сердечной деятельности пациента или пострадавшего в критическом состоянии, предпринятые с целью максимизации вероятности успеха дальнейшей транспортировки в соответствующее лечебное учреждение. Именно на этом этапе необходимо включить систему неотложного жизнеобеспечения (ALS) – комплекса мероприятий, которые будут оказаны только по приезду профессионалов-медиков   |
| <b>Транспортировка и перевод</b> | Транспортировка и быстрая доставка (Immediate Life Support, ILS), а также передача пострадавшего или пациента в лечебное учреждение для дальнейших лечебных мероприятий                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Реактивация</b>               | Как можно более раннее восстановление материально-лекарственного оснащения и т. д., возвращение к состоянию «ожидания и готовности»                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

Принципы «цепи выживания» применяются в медицине неотложных состояний тогда, когда у пациента нет дыхания и сердцебиения (признаки вероятной внезапной смерти). Люди, имеющие теоретическую или практическую подготовку в оказании первой помощи, могут действовать в пределах своих знаний (применение BLS) в то время, когда ожидается следующий уровень поддержки – прибытие медицинских работников. Люди, которые не могут выполнять первую помощь, по мере возможности сохраняют спокойствие вблизи пострадавшего (если нет опасностей), действуя в соответствии с указаниями диспетчера службы экстренного реагирования. По приезду профессионалов-медиков одновременно с началом своих действий важно, чтобы они «культурно, но авторитетно» попросили людей отойти. Общая жалоба персонала экстренных медицинских служб вне лечебно-профилактических учреждений – склонность людей к плотному скоплению вокруг жертвы и места происшествия (часто выражают свои критические замечания и мнения, давая советы даже медикам и т. д.), что обычно не помогает, а стрессует пациента и в конечном итоге может только во многом навредить. Такое поведение свидетелей, возможно, поначалу положительно влиявших на пациента или пострадавшего, может в дальнейшем затруднить оптимальную бесперебойную работу медицинских бригад, которые призваны незамедлительно осуществить ALS.

Передвижение и эвакуация пострадавшего или пациента требует специальных знаний и навыков, и, если ситуация не особенно деликатна и можно рассчитывать на скорейший приезд профессионалов-медиков или других спасательных служб, желательно поддержать человека на месте, поскольку вероятны повреждения жизненно важных органов и функций.

В медицинских учреждениях, как правило, есть подходящий персонал, подготовленный к действиям во время urgentных или неотложных ситуаций. Врачи и средний медицинский персонал urgentных и неотложных служб периодически проходят подготовку по ведению большинства экстренных медицинских ситуаций и обязаны быть готовы к оказанию сердечно-легочной реанимации (СЛР) и ALS. В случае катастрофы большинство лечебных учреждений имеют свои протоколы для быстрого созыва дежурного персонала, а также сотрудников, которые в это время не обязаны быть на работе.

При внебольничных urgentных и неотложных ситуациях основная цель – это иммобилизация и стабилизация пациента или пострадавшего (с использованием имеющихся в распоряжении средств) и скорейшее начало транспортировки и перевода в соответствующее лечебное учреждение. В условиях urgentных и неотложных отделений персонал обычно руководствуется базисным протоколом ALS. Независимо от характера ситуации, необходимо поддержать жизненно важные функции пострадавшего или пациента, дыхание и пульс.

## **О НЕКОТОРЫХ УРГЕНТНЫХ И НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ**

Хотя наиболее часто встречаемые urgentные и неотложные состояния в практике врача имеют сердечно-сосудистую природу, встречаются и другие (среди прочих обращений – некардиологические) [22, 23]. Авторы вкратце останавливаются только на отдельных из перечисленных выше групп urgentных и неотложных состояний (подробнее – в будущих статьях), исходя из частоты встречаемости во время выполнения служебных обязанностей.

### **Гипертонический криз**

Анализ количества вызовов по годам на уровне НМП показывает, что больше всего имеют место вызовы в связи с ССЗ и АГ с кризами. В процентном со-



---

отношении показатели данных групп болезней имеют относительно всех вызовов похожие показатели год за годом: по отделению показатели варьируются от 70 до 81 %, а по вызовам, обслуженным автором, – от 65 до 71 % [4]. Ургентные и неотложные состояния, связанные с ГК, являются основными причинами обращения или вызова врача.

Поскольку АГ, чаще всего в виде сопутствующего диагноза, встречается практически среди всех случаев вызовов из-за болезней кровообращения, то вполне естественно выглядит и высокий показатель ГК в работе врачей первого звена [1, 6]. В результате проведенного исследования в период с ноября 2009 г. по апрель 2010 г. с участием 180 испытуемых обоих полов в возрасте 30–80 лет с диагнозом АГ Салкиц С. и соавторы пришли к заключению, что частота ГК в отделении НМП является высокой, достигая 47,22 %. Ургентность по АГ присутствовала значительно чаще со статистической точки зрения, чем неотложность АГ в виде ГК (83,53 против 16,47 %;  $p < 0,0001$ ) [13, 21].

Основываясь на концепции, что АГ является многофакторным заболеванием, в котором участвуют экологические, генетические и другие внутренние индивидуальные факторы (например, раса и пол), пациенты, страдающие АГ, по-разному чувствительны к колебаниям атмосферного давления и к изменениям погодных условий (в частности отмечается увеличение числа случаев ГК в весенне-осенний период) [2, 13]. Однако наиболее частый фактор ГК у этих людей – резкая (в основном по самостоятельно принятому пациентом решению) отмена гипотензивной терапии [18, 21].

Основные критерии, составляющие твердую основу для установления диагноза ГК: внезапное начало, повышение уровня АД до высоких цифр (более 200/120 мм рт. ст., хотя клинические признаки ГК иногда могут быть и при меньших цифрах), наличие объективной симптоматики (кардиальной, церебральной, вегетативной) [2, 15].

Все случаи резкого и значимого повышения АД ургентного или неотложного характера, приведшие к представляющей непосредственную угрозу для пациента ситуации, могут быть диагностированы как ГК (без привязки к абсолютному уровню повышения АД) с подразделением его на две группы: с нарушением функции жизненно важных органов – осложненный ГК (hypertensive emergency, ОГК) и без нарушения функций органов-мишеней – неосложненный ГК (hypertensive urgency, НГК). Это важно для выбора срочного (ургентного) или неотложного лечебного подхода [11, 14].

Клиника ГК иногда может резко усугубляться из-за его быстрого осложнения и возможного перехода на сердечную астму и отек легких.

Приведем пример. Пациентка Б, 65 лет, вызов на дом, жалобы: «Плохо, высокое давление». При осмотре: выраженная краснота склер глаз, незначительная одышка. Болеет АГ много лет, препараты по указанию своего участкового врача принимает не всегда, а только «когда сильно повышается артериальное давление». Артериальное давление – 220/120 мм рт. ст., частота сердечных сокращений (ЧСС) – 86 ударов в минуту. Аппарата электрокардиографии (ЭКГ) для бригад НМП в то время не было. Живот безболезненный, печень увеличена на 2 см. Отечность ног не выражена. Во время осмотра живота состояние пациентки резко ухудшилось, моментально появилась одышка, стали нарастать свистящие хрипы. Одновременно с набором лекарств автор вызвал специализированную бригаду СМП, а после нескольких (не по существу) вопросов диспетчер сказала, что все специализированные бригады заняты и не скоро освободятся. Внутривенное введение лекарств (зуфиллин, нат-

рия хлорид, дексаметазон, коргликон, сульфокамфокаин, фуросемид), а также прием под язык нитроглицерина (3 раза с перерывами в 5 минут) начали давать свой положительный эффект. Примерно через 20 минут пациентка после 2–3 посещений туалета из-за мочегонного средства чувствовала себя хорошо, хрипы практически полностью отступили. Поскольку пациентка отказывалась ехать в больницу сразу, ей было оставлено направление в стационар.

### **Острый коронарный синдром**

Острый коронарный синдром – это комплекс клинических признаков и симптомов, которые в условиях первого звена оказания медицинской помощи обязывают медиков предположить у пациента острые формы ишемической болезни сердца (ИБС): ИМ или нестабильную стенокардию (НС).

В 98 % случаев ИБС происходит на фоне атеросклеротических изменений коронарных артерий и практически встречается у каждого второго пациента в возрасте старше 60 лет, обратившегося в отделение НМП. Однако такое состояние в основном хроническое и редко когда не находится под наблюдением участковых терапевтов или семейных врачей.

При установлении диагноза ОКС врачу или бригаде медицины неотложных состояний приходится немедленно начинать неотложные терапевтические и по возможности диагностические мероприятия без ожидания постановки нозологического диагноза. В основе всех форм ОКС лежит один и тот же патофизиологический процесс: недостаточное кровоснабжение миокарда вследствие окклюзии различной степени выраженности коронарных сосудов [3, 17].

Наиболее неблагоприятной является клиника ОКС с присоединением различных осложнений – сердечной недостаточности, тромбоземболии, нарушений сердечного ритма (аритмий) и внутрисердечной проводимости, а также при ее нетипичном проявлении, о чем свидетельствует следующий пример. Пациент В, 50 лет, поступил в приемное отделение примерно в 18:00 с жалобами на острую боль режущего характера в эпигастральной области. Ранее подобной боли не отмечал. Данные жалобы возникли около 15:00 того же дня после физической нагрузки, АД – 140/90 мм рт. ст. На ЭКГ – ритм синусовый, правильный, нормограмма, ЧСС – 92 удара в минуту, слабоотрицательные Т во II, III, V<sub>5</sub>–V<sub>6</sub>. Живот чувствительный в эпигастральной области и в области мечевидного отростка, симптом Щеткина – Блюмберга отрицательный. Во время осмотра состояние пациента резко ухудшилось. Боль стала более выраженной, кожа покрылась липким потом, АД – 100/75 мм рт. ст. На повторном ЭКГ – ритм синусовый, правильный, ЧСС – 100 ударов в минуту, дугообразная депрессия сегмента ST с негативным Т в II, III, aVF, V<sub>5</sub>–V<sub>6</sub>. Тропонин-овый тест положительный – 155 нг/л. Пациент переведен в инфарктное отделение с диагнозом «Острый не Q-инфаркт миокарда задней стенки».

В условиях экстренной медицины необходимо в основном обоснованно подозревать ОКС на самых ранних стадиях, своевременно начать, зависимо от возможностей, медикаментозную терапию с целью снижения риска осложнений и немедленно организовать транспортировку в больницу. Преемственность действий в этих случаях на всех этапах оказания помощи очень важна и может значительно повышать качество жизни пациента.

### **Острое нарушение мозгового кровообращения**

В группе неврологических заболеваний особое место занимают пациенты с ОНМК, в частности с геморрагическим или ишемическим инсультом.

---

Поскольку патогномичных признаков для того или иного вида ОНМК практически не существует (кроме внезапного начала и резко появившейся головной боли при геморрагическом инсульте), на практике нужно последовательно и быстро подходить к дифференцированию инсульта.

Диагностика состояний ОНМК проводится на основе наличия очаговой симптоматики с нарушением функции черепно-мозговых нервов, гемиплегии, патологических рефлексов. Однако относительно дифференциальной диагностики ОНМК часто требуется более четкое заключение, как следует из нижеописанного примера [10].

Пациентка Г, 68 лет, с диагнозом АГ в анамнезе, последние 8–10 лет регулярно принимает назначенное лечение в виде препаратов знап, аспекард, периодически финигидин и фуросемид. Со слов родственников, она ведет активный образ жизни (работает преподавателем в техническом учебном заведении, читает лекции, совершенно адекватная и без каких-либо умственных отклонений). В день заболевания была доставлена домой коллегами по поводу того, что «родственников не узнает, забыла адрес проживания, свои паспортные данные». На момент осмотра пациентка жалоб не предъявляет, родственников не узнает или сомневается, о себе рассказать не может, дезориентирована в пространстве и времени. На вопросы отвечает неуверенно (отмечается некая заторможенность), не понимает сути вопросов, беспричинно улыбается, простые действия (застегивание пуговиц, написание буквы) даются с трудом. Состояние возникло внезапно и впервые в жизни. Наследственный анамнез психическими заболеваниями не отягощен. При осмотре АД – 170/95 мм рт. ст., пульс – 76 ударов в минуту. Частота дыхания – 18 в минуту. Физических телесных повреждений при осмотре не обнаружено. В данном случае предполагать диагноз ОНМК несложно, однако при типировании возникло определенное сомнение (ишемическое или геморрагическое ОНМК), при направлении все же предположено: «ОНМК по ишемическому типу в бассейне задней мозговой артерии».

В условиях обслуживания вызова НМП лечебные мероприятия при ОНМК направлены в первую очередь на:

- коррекцию нарушений мозгового кровообращения путем улучшения реологических свойств крови с использованием реополиглюкина (при его отсутствии в практике НМП в лучшем случае можно использовать физиологический раствор);
- устранение региональных спазмов сосудов головного мозга (для этого в основном используется эуфиллин);
- борьбу с гипоксией мозга (поскольку рекомендованный для этой цели оксидутират натрия отсутствует, в лучшем случае используем сульфокамфокаин);
- профилактику и превентивное лечение отека мозга с использованием мочегонных средств, 25 % сульфата магния и гормональных препаратов.

### **Сердечная недостаточность, сердечная астма и отек легких**

Состояние характеризуется нарушением насосной функции сердца (сниженный сердечный выброс), вследствие чего миокард уже не способен в полном объеме удовлетворять метаболические потребности тканей организма человека. Сердечная недостаточность – это проявление или осложнение заболеваний (ИБС, АГ, пороки сердца и прочее), которое имеет острую форму (в свою очередь может быть левожелудочковой, являющейся причиной развития сердечной астмы и отека легких, и правожелудочковой – возникающей чаще всего

при тромбоемболии легочной артерии), отличающуюся внезапным снижением сократительной функции сердца, а также хроническую форму с постепенным (иногда годами) ухудшением сердечной функции.

Любые нарушения кровообращения, связанные с сердечной недостаточностью, негативно сказываются на работе внутренних органов (печени, почек, сосудов, легких, головного мозга), неизменно приводя к нарушениям их функций.

Признаки сердечной астмы являются вторичным проявлением левожелудочковой сердечной недостаточности. Сердечная астма имеет место у людей с болезнью сердца и протекает на фоне одышки со свистящими хрипами при выдохе (эти свистки обнаруживаются легко при аускультации легких), в основе возникновения которых лежит выпотевание в ткань легких серозной жидкости; усиление интерстициального отека при сердечной астме и альвеолярный отек со вспениванием при отеке легких богатым белком транссудата. Таким образом, эти два клинических синдрома характеризуются пароксизмами затрудненного дыхания и чаще всего взаимосвязаны между собой. Лечение сердечной астмы основывается на лечении ССЗ, выступающего в качестве причины или основного заболевания.

Причиной этих пароксизмов затрудненного дыхания в основном является острая левожелудочковая недостаточность (на фоне ГК, ИМ и т. д.). Основным патогенетический фактор заключается в повышении гидростатического давления в капиллярах легочной ткани и проницаемости сосудистой стенки. Высокое давление в легочных венах, повышенная проницаемость легочных капилляров (их альвеолярной мембраны) создают условия для «пропотевания» жидкой части крови в альвеолы легких. В создавшейся ситуации нарушается газообмен в легких, в результате чего в крови резко снижается содержание кислорода, основного компонента для процесса метаболизма в органах и тканях организма. Состояние кислородного голодания вызывает ответную реакцию со стороны различных систем организма, особенно остро реагирует центральная нервная система; появляется страх смерти, повышается возбудимость дыхательного центра, развивается одышка, иногда достигающая степени удушья. Основными симптомами, характерными для приступа сердечной астмы, являются: прогрессирующая одышка, сопровождающаяся кашлем, свистящее дыхание с явно затрудненным вдохом. Выражены расстройства со стороны сердечно-сосудистой системы, проявляющиеся частым, иногда аритмичным пульсом, высоким уровнем АД.

В условиях медицины неотложных состояний сердечную астму часто приходится дифференцировать с тяжелым приступом бронхиальной астмы. В плане срочной дифференциальной диагностики сердечной и бронхиальной астмы уместно пользоваться практическими алгоритмами, которые дают возможность быстро ориентироваться относительно необходимой экстренной лекарственной помощи пациенту [10, 17]. Осторожность относительно сердечной астмы связана с тем, что она очень быстро может перейти в отек легких (угрожающее жизни состояние, требующее экстренной медикаментозной медицинской помощи). Последний чаще всего наблюдается при тех же заболеваниях, что и сердечная астма (ИМ, АГ, атеросклеротический кардиосклероз, пороки сердца и т. д.). Наркотические анальгетики (в отделениях НМП в основном отсутствуют) или любые другие препараты, действие которых прямо или косвенно подавляет дыхательный центр, недопустимы при бронхиальной астме, однако наркотические лекарства для энтерального ведения необходимы для купирования сердечной астмы [2, 15].

---

Отек легких – это тяжелое состояние, требующее неотложной медикаментозной медицинской помощи во избежание осложнения, часто выступающее как наиболее тяжелая форма (стадия) сердечной астмы. Симптомы отека легких – мучительное удушье с клочущими хрипами, слышное на расстоянии шумное дыхание, выделение с кашлем пенистой мокроты (иногда в мокроте прожилки крови), давящая боль в груди, вынужденное положение, страх смерти, разлитая бледность кожных покровов, покрытых холодным липким потом. Существует ряд «несердечных причин» отека легких, среди которых наиболее часто наблюдаемая – это поражение самой легочной ткани (например, инфекционное, травматическое, аллергическое, токсическое).

При таких сложных сочетанных состояниях иногда бывает крайне трудно помочь пациентам, особенно при ограниченности лекарств и аппаратуры, что можно увидеть на следующем примере. Пациентка Д, 55–60 лет, обратилась днем (в сопровождении с мужем) за помощью в отделение НМП с очередным приступом бронхиальной астмы. Поскольку все 3 врачебные бригады были на вызовах «на дому», помощь пациентке оказывали медсестры отделения НМП: АД – 160/90 мм рт. ст., пульс – 76 ударов в минуту. Ввиду быстрого ухудшения состояния одновременно с оказанием пациентке помощи была вызвана кардиологическая бригада СМП. Медсестры успели сделать внутривенную инъекцию (эуфиллин, натрия хлорид, дексаметазон, коргликон) и дать под язык дважды с перерывом в 5 минут таблетки нитроглицерина. Бригада СМП приехала быстро (почти сразу подъехал и автор статьи), но ввиду неисправного состояния дефибриллятора и отсоса повлиять на ситуацию так и не смогли. Была констатирована смерть.

### **Другие неотложные состояния**

Кроме сердечно-сосудистой патологии, причины ургентных и неотложных состояний могут быть и инфекционного характера, что показывает следующий пример. Пациент Е, 23 года, в начале осени 2015 г. поступил по самообращению в приемное отделение в 22:30 с жалобами на повышение температуры тела до 38 °С в течение последних 4 дней, а также слабость, озноб, боль в икроножных мышцах, появившиеся в день поступления. За 2 дня до поступления был на приеме у семейного врача, диагноз – ОРВИ, назначены препараты для ополаскивания горла и снижения температуры. В анамнезе за последний месяц на пребывание в водоемах, укусы животных или какие-либо заболевания не указывает, контакт с инфекционными людьми отрицает. Объективно обращает на себя внимание незначительная желтушность кожных покровов, иктеричность и инъекция склер. Катаральные явления верхних дыхательных путей отсутствуют. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Тоны сердца приглушены, ритмичны, учащены до 98 ударов в минуту. Дыхание везикулярное, с жестким оттенком, перкуторно – ясный легочный звук. Живот безболезненный. В развернутом анализе крови только лейкоцитоз – 10,5 г/л. Во время проведения рентгенографии органов грудной клетки у пациента произошла кратковременная потеря сознания. Переведен и отправлен бригадой СМП в инфекционное отделение с предварительным диагнозом – лептоспироз.

Также причины ургентных и неотложных состояний в приемных отделениях больниц или у служб СМП могут быть травматического и интоксикационного характера. Например: пациент Ж, на вид около 50 лет, в ноябре 2015 г. найден прохожими под лавками возле жилого дома. Доставлен бригадой СМП в 06:00. Пациент в коме, выраженный запах алкоголя, на лобной и теменной областях

справа видны неглубокие раны с засохшей кровью. Одет слишком легко для сезона года, одежда грязная, документов и личных вещей при себе не обнаружено. Переохлажден. При осмотре: анизокория, дыхание Чейна – Стокса, гипертонус конечностей. Артериальное давление – 140/85 мм рт. ст. Тоны сердца глухие, ритмичные. В легких – рассеянные сухие хрипы. Электрокардиография в пределах нормы. Сатурация крови кислородом – 94%. Переведен в неврологическое отделение. Предварительный диагноз – закрытая черепно-мозговая травма.

## **ВЫВОДЫ**

1. На основании отчетных данных авторов среди urgentных состояний по-казатели по болезням органов кровообращения и АГ с кризами остаются наиболее высокими. Обоснованно можно утверждать, что в системе медицины неотложных состояний и здравоохранения в целом необходимо сконцентрировать все больше усилий именно на сердечно-сосудистую патологию [1, 2]. Среди 10 ведущих причин смерти в мире за период с 2000 по 2012 г. (по информации Всемирной организации здравоохранения) уверенно лидируют ССЗ, а в 2012 г. в мире от ССЗ умерло 17,5 млн человек, то есть 3 из 10.

2. Общество в основном не готово участвовать в критических ситуациях и тем самым способно часто мешать отдельным попыткам оказания первой помощи. Однозначно необходимо развивать образование населения во многих вопросах, в частности относительно мер первичной помощи, что может положительно сказаться на прогнозе качества жизни пострадавшего или пациента.

3. В критических ситуациях, когда речь идет о жизни или смерти, очень важно сохранить преемственность на всех этапах оказания экстренной помощи, которая не заканчивается поступлением пациента в соответствующее медицинское учреждение. Несоблюдение такого требования обязательно приводит к снижению эффективности самой экстренной медицинской помощи и сказывается на ближайших и отдаленных результатах лечения.

4. В практической деятельности деликатнее всего для медиков представляются препятствия, имеющие место из-за человеческого фактора или неэтичного поведения отдельных медиков. Иногда в долгих ожиданиях из-за искусственно созданных предлогов упускается драгоценное время для успешной стационарной медицинской помощи, особенно при необходимости ранней антиагрегантной и тромболитической терапии, а также в случае острых хирургических состояний.

5. Подход к обслуживанию urgentных и неотложных ситуаций является предметом обязательного пересмотра в ходе процессов реформирования систем здравоохранения. Чрезмерно высокая обращаемость под маской срочности или неотложности часто является естественным результатом злоупотребления этими услугами населением. Необходимо пересмотреть уровень ответственности за заведомо ложную тревогу, которая, несомненно, отвлекает службы медицины неотложных состояний от своего прямого предназначения и создает реальные условия для выражения недовольства в обществе, вплоть до возникновения конфликтных ситуаций.

## **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 раз-

---

деляли. 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.

## Urgent and emergency conditions in the practice of the physician

**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 of 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.** In the doctor's first care it is often necessary to carry out early diagnosis and provide urgent or emergency care to patients with severe cardiovascular disease, in particular with acute coronary syndrome (ACS) and disorders of cerebral circulation (ADCC), cardiac asthma, as well as life-threatening cardiac arrhythmia and asthma attacks. Calls of doctor can be because of coma and post-traumatic state. In some cases of ACS, ADCC and other pathologies it is pertinent to call the specialized ambulance brigades, if needed the narrowly specialized approach or transportation to the hospital, and before their arrival, if possible, carried out a differentiated treatment of the patient.

The main group in urgent and emergency conditions in the practice of the first link in the authors' experience in particular medical emergency or hospital emergency room is hypertensive crisis. For other conditions frequently encountered in the practice of the doctor (heart attacks and asthma, ACS, ADCC) may be displayed in a higher percentage is urgent measures to save the patient. This situation is aggravated even further by the fact that the main contingents of the patients are elderly people with multiple pathologies. It can be argued that the urgent and emergency state in the modern world often presents cardiovascular diseases, it is undisputed leader among the ten leading causes of death in the world from 2000 to 2012. The cardiovascular diseases states associated with arterial hypertension are the most frequently reason for negotiability and health services called emergency conditions.

The measures taken at the level of emergency medicine as early as possible and more professional with the urgent and emergency conditions, as well as the continuity of the corresponding actions at all stages of patient care are integral components to achieve the best results and to minimize deaths and complications.

General recommendations in most countries in America and Europe as part of urgent and emergency care, based on legislation, adapted to their real capabilities, as well as on the redistribution of responsibilities with the participation of the population, patient and a medical professional. In these countries it is recommended to apply to the population (call the doctor to the house is not considered even as an alternative) to the emergency hospital only in extreme cases.

According to the concepts previously discussed in another article authors urgent and emergency are similar terms, but the second term is mainly attributed to the urgency of the nature of life (a greater degree of urgency). In practice the doctor is very important to determine the existing state of the patient at lightning speed, but on the basis of these interpretations begin treatment or resuscitation. Since the emergency conditions these are the pathological changes in the human body that lead to a sharp deterioration in health, that may be life threatening and therefore require urgent remedial measures. It is necessary to attach to the process of providing primary care of doctors first needs to professionally and quickly identify these states.

Any of urgent and emergency conditions that occur outside health facilities or directly in them, may require emergency measures in the form of Basic Life Support (BLS) or Advanced Life Support (ALS), when

it is putting our attention from the authors in the relevant articles. When suddenly arisen emergency of the situation is very important to real participation of the ordinary citizen (mentally or directly as kind of the doing primary support) and not by opinions, advices or obstacle.

In cases of emergencies outside of the medical institutions a key component is to call to the medical services of pre-hospital care (usually it is a call to ambulance brigades, which are added to land and even to air or sea in the countries with developed infrastructure) with a request for help by corresponding phone number (in the EU member states it is “112”, in the US – “911”, Ukraine – “103”). Operators or managers of these services usually operate according to a specific protocol issues on which they need to determine whether to provide outpatient care or to assess the need for specific specialized team.

Situations for which you may need extra actions can be difficult, that is why the measures taken to deal with them should provide quite a vast range of activities. In the context of organized and serious modern structures it is needed to respond in accordance with certain standards, developed to minimize the needs for decision-making at various urgent and emergency cases, and at the same time make the best response. For such purposes hospital urgent and emergency medical situations you can use the algorithm consisted of several steps: willingness, anxiety, arrival, isolation and control, sorting, BLS, ALS, stabilization, transport and transfer, reactivation.

Although most frequent urgent and emergency conditions in the practice of doctor have cardiovascular nature, there are other, among other appeals – non-cardiac. Authors fix only on the certain urgent and emergency situations, briefly based on the frequency of occurrence during the performance of their duties.

**Keywords:** urgent and emergency conditions, emergency medicine, urgent care, hypertensive crisis.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Васкес Абанто А. Э. Артериальная гипертензия: вопросы современной терапии / А. Э. Васкес Абанто, С. Б. Арельяно Васкес, Х. Э. Васкес Абанто // Артериальная гипертензия. – 2015. – № 4 (42). – С. 51–57.
2. Васкес Абанто Х. Э. Артериальная гипертензия: знакомые понятия, новые перспективы / Х. Э. Васкес Абанто, А. Э. Васкес Абанто, С. Б. Арельяно Васкес // Новости медицины и фармации. Кардиология и ревматология. – 2015. – № 541. – С. 11–18.
3. 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» (7–8 ноября, 2014 г., Самара). – Самара : [б. и.], 2014. – С. 114–115.
4. Васкес Абанто Х. Э. Кардиология в практике врача экстренной медицины / Х. Э. Васкес Абанто, А. Э. Васкес Абанто, С. Б. Арельяно Васкес // Материалы юбилейной Всероссийской научно-практической конференции (55 ежегодная сессия РКНПК) «70 лет борьбы за жизнь» (1–2 июня, 2015 г.). – М. : [б. и.], 2015. – С. 75.
5. Васкес Абанто Х. Э. Необходимость применения конфликтологии в медицине / Х. Э. Васкес Абанто, А. Э. Васкес Абанто // Медична практика: організаційні та правові аспекти. – 2013. – № 5–6. – С. 40–48.
6. Васкес Абанто Х. Э. Современные исследования по артериальной гипертензии / Х. Э. Васкес Абанто, А. Э. Васкес Абанто, С. Б. Арельяно Васкес // Материалы VIII Всероссийского форума «Вопросы неотложной кардиологии 2015» (25–26 ноября 2015 г., Москва). – М. : [б. и.], 2015. – С. 31–32.
7. Васкес Абанто Х. Э. Срочность и неотложность в практике врача / Х. Э. Васкес Абанто, А. Э. Васкес Абанто, С. Б. Арельяно Васкес // Экстрена медицина: від науки до практики. – 2015. – № 3 (14). – С. 30–46.
8. Васкес Абанто Х. Э. Внезапная смерть: современные концепции и данные / Х. Э. Васкес Абанто, А. Э. Васкес Абанто, С. Б. Арельяно Васкес // Экстрена медицина: від науки до практики. – 2015. – № 4 (15). – С. 20–33.
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. Из практики медицины неотложных состояний / Х. Э. Васкес Абанто, А. Э. Васкес Абанто // Новости медицины и фармации. – 2014. – № 15 (509). – С. 22–25.
11. Васкес Абанто Х. Э. Конфликты в медицине: как действовать медикам? / Х. Э. Васкес Абанто, А. Э. Васкес Абанто // Медична практика: організаційні та правові аспекти. – 2015. – № 1. – С. 157–161.



- 
12. Васкес Абанто Х. Э. Медицинские взаимоотношения и конфликты / Х. Э. Васкес Абанто, А. Э. Васкес Абанто // *Новости медицины и фармации*. – 2015. – № 4 (533). – С. 18–19.
  13. Ильченко И. А. Проблемы оказания неотложной помощи при артериальной гипертензии. Опыт применения препарата Эбрантил в комплексной терапии осложненных гипертонических кризов / И. А. Ильченко, К. Н. Лобойко, И. И. Таранец [и др.] // *Медицина неотложных состояний*. – 2011. – № 1–2 (32–33) – С. 107–112.
  14. Никонов В. В. Гипертоническая болезнь / В. В. Никонов, В. В. Никонова // *Медицина неотложных состояний*. – 2006. – № 2 (3) – С. 8–14.
  15. Aggarwal M., Khan I. A. (2006) Hypertensive crisis: hypertensive emergencies and urgencies. *Cardiology Clinics*, vol. 24, no. 1, pp. 135–146.
  16. Guo F., He D., Zhang W., Walton R. G. (2012) Trends in prevalence, awareness, management, and control of hypertension among United States adults, 1999 to 2010. *Journal of the American College of Cardiology*, vol. 60, no. 7, pp. 599–606.
  17. Miró Ò. (2014) Necesidad de colaboración en investigación entre cardiólogos y médicos de urgencias. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, vol. 37, no. 1, pp. 9–16.
  18. Petrák O., Zelinka T., Štrauch B., Rosa J., Šomlóová Z., Indra T., Turková H., Holaj R., Widimský J. Jr. (2015) Combination antihypertensive therapy in clinical practice. The analysis of 1254 consecutive patients with uncontrolled hypertension. *Journal of Human Hypertension*, vol. 30, no. 1, pp. 35–39.
  19. Platts-Mills T. F., Leacock B., Cabañas J. G., Shofer F. S., McLean S. A. (2011) Uso de los servicios de emergencias médicas por parte de los ancianos: análisis de una base de datos de nivel estatal. *Revista Prehospital Emergency Care (Edición Española)*, vol. 4, no. 3, pp. 153–158.
  20. Saberi F., Adib-Hajbaghery M., Zohreha J. (2014) Predictors of prehospital delay in patients with acute myocardial infarction in Kashan city. *Nursing and Midwifery Studies*, vol. 3, no. 4.
  21. Salkic S., Ljuca F., Batic-Mujanovic O., Brkic S., Mesic D., Mustafic S. (2013) The frequency of hypertension crises in the emergency medical service department in Tuzla. *Medical Archives*, vol. 67, no. 6, pp. 393–396.
  22. Sanjuán D. R., Andreu C. F., Sierra B. B., Villaverde Royo M. V., López Gómez J., Ferreras Amez J. M. (2014) Tromboembolismo Pulmonar. A propósito de un caso. *Archivos de Bronconeumología*, vol. 50, pp. 120–122.
  23. Togher F., Turner J., Siriwardena A. N., O’Cathain A. (2015) What do users value about the emergency ambulance service? *Emergency Medicine Journal*, vol. 32, no. 5, p. 9.
  24. Vasquez Abanto J. E. Medical relations and conflicts / J. E. Vasquez Abanto // *Международная научно-практическая конференция «Новое в медицине современного мира» (28–29 ноября, 2014 г., Львов)*. – Львов: [б. и.]. – С. 17–20.

## REFERENCES

1. Vasquez Abanto J. E., Vasquez Abanto A. E., Arellano Vasquez S. B. (2015) Arterialnaya gipertenziya: voprosy sovremennoy terapii [Arterial hypertension: contemporary issues of therapy]. *Arterialnaya gipertenziya*, vol. 42, no. 4, pp. 51–57. (in Russ.)
2. Vasquez Abanto J. E., Vasquez Abanto A. E., Arellano Vasquez S. B. (2015) Arterialnaya gipertenziya: znakomye ponyatiya, novye perspektivy [Hypertension: the familiar concepts, new perspectives]. *Novosti meditsiny i farmatsii. Kardiologiya i revmatologiya*, vol. 541, pp. 11–18. (in Russ.)
3. 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 Protivorechiya sovremennoy kardiologii: spornye i nereshennyye voprosy: III vserossiyskaya konferentsiya (Russia, Samara, November 7–8, 2014)*. Samara, pp. 114–115. (in Russ.)
4. Vasquez Abanto J. E., Vasquez Abanto A. E., Arellano Vasquez S. B. (2015) Kardiologiya v praktike vracha ekstrennoy meditsiny [Cardiology in the practice of emergency medicine]. *Proceedings of the 70 let borby za zhizn: Materialy yubileynoy Vserossiyskoy nauchno-prakticheskoy konferentsii (55 ezhegodnaya sessiya RKNPK) (Russia, Moscow, July 1–2, 2014)*. Moscow, p. 75. (in Russ.)
5. Vasquez Abanto J. E., Vasquez Abanto A. E. (2013) Neobhodimost’ primeneniya konfliktologii v meditsine [The need for conflict resolution in medicine]. *Medychna praktyka: orhanizatsiini ta pravovi aspekty*, vol. 5–6, pp. 40–48. (in Russ.)
6. Vasquez Abanto J. E., Vasquez Abanto A. E., Arellano Vasquez S. B. (2015) Sovremennyye issledovaniya po arterialnoy gipertenzii [Modern research of hypertension]. *Proceedings of the Voprosy neotlozhnoy kardiologii 2015: Materialy VIII Vserossiyskogo foruma (Russia, Moscow, November 25–26, 2014)*. Moscow, pp. 31–32. (in Russ.)
7. Vasquez Abanto J. E., Vasquez Abanto A. E., Arellano Vasquez S. B. (2015) Srochnost i neotlozhnost v praktike vracha

- [Urgency and emergency in the physician's practice]. *Ekstrena medicina: vid nauky do praktyky*, vol. 14, no. 3, pp. 30–46. (in Russ.)
8. Vasquez Abanto J. E., Vasquez Abanto A. E., Arellano Vasquez S. B. (2015) Vnezapnaya smert: sovremennyye kontseptsii i dannye [Sudden death: current concepts and data]. *Ekstrena medicina: vid nauky do praktyky*, vol. 15, no. 4, pp. 20–33. (in Russ.)
9. Vasquez Abanto J. E. (2013) Reformirovaniye zdoravoohraneniya i prava medika [Health care reform and medical worker rights]. *Sovremennaya meditsina: aktualnyye voprosy*, vol. 25, no. 11, pp. 84–92. (in Russ.)
10. Vasquez Abanto J. E., Vasquez Abanto A. E. (2015) Iz praktiki meditsyny neotlozhnykh sostoyaniy [From practice of medicine of emergency conditions]. *Novosti meditsiny i farmatsii*, vol. 509, no. 15, pp. 22–25. (in Russ.)
11. Vasquez Abanto J. E., Vasquez Abanto A. E. (2015) Konflikty v meditsine: kak deystvovat medikam? [Conflicts in medicine: how to act to physicians?]. *Medychna praktyka: orhanizatsiini ta pravovi aspekty*, vol. 1, pp. 157–161. (in Russ.)
12. Vasquez Abanto J. E., Vasquez Abanto A. E. (2015) Meditsinskie vzaimootnosheniya i konflikty [Medical relations and conflicts]. *Novosti meditsiny i farmatsii*, vol. 533, no. 4, pp. 18–19. (in Russ.)
13. Ilchenko I. A., Loboiko K. N., Taranets I. I., Nikonov V. V. (2011) Problemy okazaniya neotlozhnoy pomoshchi pri arterialnoy gipertenzii. Opyt primeneniya preparata Ebrantil v kompleksnoy terapii oslozhnennykh gipertonicheskikh krizov [Problems of emergency care in hypertension. Experience with the drug Ebrantil in the treatment of complicated hypertensive crises]. *Meditsina neotlozhnykh sostoyaniy*, vol. 32–33, no. 1–2, pp. 107–112. (in Russ.)
14. Nikonov V. V., Nikonova V. V. (2006) Gipertonicheskaya bolezn [Arterial Hypertension]. *Meditsina neotlozhnykh sostoyaniy*, vol. 3, no. 2, pp. 8–14. (in Russ.)
15. Aggarwal M., Khan I. A. (2006) Hypertensive crisis: hypertensive emergencies and urgencies. *Cardiology Clinics*, vol. 24, no. 1, pp. 135–146.
16. Guo F., He D., Zhang W., Walton R. G. (2012) Trends in prevalence, awareness, management, and control of hypertension among United States adults, 1999 to 2010. *Journal of the American College of Cardiology*, vol. 60, no. 7, pp. 599–606.
17. Miró Ò. (2014) Necesidad de colaboración en investigación entre cardiólogos y médicos de urgencias. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, vol. 37, no. 1, pp. 9–16.
18. Petrák O., Zelinka T., Štrauch B., Rosa J., Šomlóová Z., Indra T., Turková H., Holaj R., Widimský J. Jr. (2015) Combination antihypertensive therapy in clinical practice. The analysis of 1254 consecutive patients with uncontrolled hypertension. *Journal of Human Hypertension*, vol. 30, no. 1, pp. 35–39.
19. Platts-Mills T. F., Leacock B., Cabañas J. G., Shofer F. S., McLean S. A. (2011) Uso de los servicios de emergencias médicas por parte de los ancianos: análisis de una base de datos de nivel estatal. *Revista Prehospital Emergency Care (Edición Española)*, vol. 4, no. 3, pp. 153–158.
20. Saberi F., Adib-Hajbaghery M., Zohreha J. (2014) Predictors of prehospital delay in patients with acute myocardial infarction in Kashan city. *Nursing and Midwifery Studies*, vol. 3, no. 4.
21. Salkic S., Ljuca F., Batic-Mujanovic O., Brkic S., Mesic D., Mustafic S. (2013) The frequency of hypertension crises in the emergency medical service department in Tuzla. *Medical Archives*, vol. 67, no. 6, pp. 393–396.
22. Sanjuán D. R., Andreu C. F., Sierra B. B., Villaverde Royo M. V., López Gómez J., Ferreras Amez J. M. (2014) Tromboembolismo Pulmonar. A propósito de un caso. *Archivos de Bronconeumología*, vol. 50, pp. 120–122.
23. Togher F., Turner J., Siriwardena A. N., O’Cathain A. (2015) What do users value about the emergency ambulance service? *Emergency Medicine Journal*, vol. 32, no. 5, p. 9.
24. Vasquez Abanto J. E. (2014) Medical relations and conflicts. Proceedings of the *Novoe v meditsine sovremennogo mira: Mezhdunarodnaya nauchno-prakticheskaya konferentsiya (Ukraine, Lviv, November 28–29, 2014)*. Lviv, pp. 17–20.

Статья поступила в редакцию 18.12.2015 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

### **Адреса для листування:**

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

**Тел.: (068) 030 81 47**

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

<http://emergency.in.ua>

**Періодичність** – один раз на два місяці

**Тираж** – 1 500 екземплярів

**Ціна вільна**

**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.**, канд. 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)

**Соєва 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)