

АНАЛІЗ УСПІШНОСТІ ВИСТУПІВ БРИГАД ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА НАЦІОНАЛЬНИХ ВІДКРИТИХ ТА ОБЛАСНИХ ЧЕМПІОНАТАХ

А. А. Гудима, С. О. Ястремська, О. М. Креховська-Лепявко

Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського

У статті описано основні методики практичної діяльності бригад швидкої медичної допомоги на національних відкритих та обласних чемпіонатах, проаналізовано здобутки та розкрито подальші перспективи розвитку.

ANALYSIS OF EMERGENCY TEAMS' ACHIEVEMENTS AT THE NATIONAL AND REGIONAL OPEN CHAMPIONSHIPS

A. A. Hudyma, S. O. Yastremska, O. M. Krekhovska-Lepyavko

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

The article describes basic methods of ambulance teams' practical activities participating in the national and regional open championships, analyzes the achievements and further perspectives.

Вступ. Аналізуючи діяльність виступів українських команд порівняно із закордонними, зокрема польськими, литовськими, румунськими і молдовськими, де відбулася суттєва реорганізація служби ШМД, потрібно сказати, що вдосконалення цієї служби – це не тільки технічне переоснащення, забезпечення сучасними засобами зв'язку, аеромобільним транспортом і т.п., це, насамперед, формування нового виду ментальності медичного працівника, у якого головною метою стає порятунок життя людині, формування виїзної бригади як колективу однодумців із чітким розподілом ролей у процедурі надання медичної допомоги відповідно до прийнятих медико-технологічних стандартів, максимально ергономічне облаштування карети швидкої допомоги і медичного майна, щоб жодна секунда не була згаяна під час порятунку життя людини. Крім того, це раціональна організація виїздів бригад ШМД на основі застосування сучасних інформаційних технологій та формування в суспільстві особливого ставлення до медиків у каретах швидкої допомоги.

Основна частина. У цьому сенсі важливим є проведення конкурсів серед виїзних бригад ШМД. Їх роль полягає, передусім, в особистому вдосконаленні, яке забезпечується участю в реалізації різноманітних типових і нетипових клінічних ситуацій з подальшим їх аналізом, прослуховуванням лекцій провідних фахівців з актуальних проблем екстреної медичної допомоги і медицини катастроф, оглядом найсучаснішого майна для роботи "швидкої", участю в майстер-класах з відпрацювання окремих елементів його використання чи технологій надання медичної допомоги, особистим спілкуванням з колегами інших міст, із-за кордону, що у кінцевому результаті дає потужний позитивний емоційний заряд, який підкреслює вагомість особистої ролі у житті суспільства. Важливим елементом конкурсів ШМД є нагода зустрітися керівникам служби ШМД різних регіонів держави з представниками Міністерства охорони здоров'я і республіканськими спеціалістами, що дає змогу оперативно обговорити стан справ, намітити у неформальній обстановці шляхи подальшого вдосконалення. І, зрештою, ще одним корисним елементом конкурсів ШМД є організація спільних навчань для всіх учасників та обмін досвідом роботи. Частіше це стосується

ситуацій з масовими ураженнями, які трапляються не часто, й тому рівень підготовки виїзних бригад ШМД є недостатньо високим.

Отже, конкурси бригад ШМД – це унікальна можливість систематичного аналізу досягнень і прорахунків, обміну досвідом, неупередженого спілкування керівного складу служби і дискусії з насущних проблем організації діяльності.

Тому не дивно, що в рамках міжнародного гранду, який отримав Львівський територіальний центр ЕМД і медицини катастроф, одним із завдань була організація таких конкурсів. Львів'яни успішно провели Галицькі медичні раллі – 2006, 2008 і 2009, в яких відповідно взяли участь 12, 17 і 31 екіпаж. Сам факт зацікавлення конкурсом з боку станцій і відділень ШМД, розширення його географії вказує на великий інтерес серед медичних працівників і доцільність їх проведення в Україні.

З ініціативи колективу кафедри ЕМД і медицини катастроф (МК) з курсом військової підготовки Тернопільського державного медичного університету імені І. Я. Горбачевського започатковано проведення Національних чемпіонатів ШМД. Перший і другий відбулися на базі На-

вчально-оздоровчого комплексу "Червона калина" медичного університету, відповідно, у 2008 і 2010 роках. Третій – з ініціативи Хмельницького територіального центру ЕМД і МК – у м. Кам'янець-Подільський Хмельницької області в липні 2011 року. Географія команд та їх рейтинг представлений у таблицях 1–3.

Аналіз даних таблиць 1–3 дозволяє відмітити щорічне розширення географії учасників Національних чемпіонатів. Якщо Галицькі медичні раллі відбувалися практично безкоштовно для учасників (за винятком затрат на проїзд), то Національні чемпіонати відбувалися за фінансування командами та їх керівництвом, що вказує на зацікавленість служби ШМД у проведенні таких змагань.

На I і II Національних чемпіонатах закордонні команди показали значно кращий результат і домінували у групі абсолютних лідерів. Проте вже під час III Національного чемпіонату групу лідерів очолили українські команди із м. Заліщики Тернопільської обл. та медична клініка "Борис". Цей успіх є вагомим аргументом того, що незважаючи на форму власності лікувальних закладів (державна чи приватна), в Україні існують можливості

Таблиця 1. Перелік учасників та їх рейтинг I Національного відкритого чемпіонату бригад ШМД (2008 рік)

Команда	Всього балів	Загальний рейтинг
Максимальна кількість балів	600,0	1
м. Куров (Республіка Польща) (краща закордонна команда)	431,0	2
м. Вінниця (I місце)	424,0	3
м. Люблін (Республіка Польща)	422,5	4
Клініка "БОРИС" (II місце)	421,5	5
м. Бельсько-Бяла (Республіка Польща)	413,5	6
м. Краків (Республіка Польща)	408,0	7
м. Жешув (Республіка Польща)	407,0	8
Центр ЕМД і МК м. Львів (III місце)	405,0	9
м. Тернопіль	403,5	10
м. Чернівці	389,0	11
м. Кіцмань, Чернівецька обл.	376,0	12
м. Запоріжжя	375,5	13
Центр ЕМД і МК м. Хмельницький	362,5	14
м. Київ	346,0	15
м. Біла Церква, Київська обл.	337,5	16
м. Сімферополь	336,0	17
МК "INTO-SANA", м. Одеса	329,5	18
Клінічний госпіталь Державної прикордонної служби, м. Львів	322,0	19
м. Суми	311,5	20
Тернопільський район	292,5	21

Таблиця 2. Перелік учасників та їх рейтинг II Національного відкритого чемпіонату бригад ШМД (2010 рік)

Команда	Всього	Загальний рейтинг
Максимальна кількість балів	1300,0	1
м. Хелм (Республіка Польща) (краща закордонна команда)	1108,0	2
м. Краків (Республіка Польща)	1095,5	3
Медична клініка "Борис", м. Київ (I місце)	987,5	4
м. Бельсько-Бяла (Республіка Польща)	970,5	5
Клінічний госпіталь Державної прикордонної служби, м. Львів (II місце)	944,5	6
м. Каунас, (Литва)	919,0	7
м. Тернопіль (III місце)	917,5	8
Клініка персоналізованої медицини "Євролаб", м. Київ	893,5	9
м. Запоріжжя	858,0	10
м. Київ	839,0	11
м. Біла Церква	814,5	12
Збірна команда студентів Львівського і Тернопільського медичних університетів	787,0	13
м. Харків	786,0	14
Центр ЕМД і МК м. Хмельницький	777,5	15
м. Луцьк	774,5	16
м. Івано-Франківськ	760,5	17
м. Чернівці	749,5	18
м. Воловець, ЦРЛ, Закарпатська обл.	720,0	19
м. Вільнюс, Литва	711,0	20
м. Черкаси	668,0	21
м. Кіцмань, Чернівецька обл.	648,5	22
м. Дніпропетровськ	645,0	23
м. Сімферополь, АР Крим	635,5	24
м. Луганськ	635,5	25
Медичний Центр "Фіторія", м. Львів	582,5	26

для підготовки і оснащення на достатньо високому рівні виїзних бригад ШМД.

Привертає увагу той факт, що команди, які увійшли у трійку призерів кожного чемпіонату, з Вінниці, медичної клініки "Борис", ШМД м. Тернопіль, відділення ШМД Заліщицької ЦРЛ, Клінічного госпіталю Державної прикордонної служби України (м. Львів), Центру ЕМД і МК, м. Львів вже мали попередній досвід участі в конкурсах (у Польщі, на Галицьких медичних раллі, обласних конкурсах, які протягом останніх трьох років проходять у Тернопільській області). На III Національному чемпіонаті показали високий результат (увійшли в десятку кращих) команди з Рівненської області та Буковини. В цих регіонах у 2011 році теж відбувся Перший обласний конкурс. Отже, участь в конкурсах спонукає до поглиблення знань, успішнішого використання наявних

матеріально-технічних ресурсів карети ШМД і свідчить про важливе значення конкурсів для вдосконалення рівня підготовки виїзних бригад. Крім цього, учасники більшості із зазначених команд пройшли додатковий вишкіл з питань ЕМД, зокрема курс ALS (Advanced Life Support) у Польській раді реанімації в Республіці Польща. Цей факт свідчить про недосконалість вітчизняної системи підготовки з питань екстреної медичної допомоги, зокрема ситуацій, які завершуються клінічною смертю.

Окремо слід зупинитися на кращій закордонній команді I Національного чемпіонату. Нею стала команда мисливської пожежної станції м. Куров (Республіка Польща), яка перемогла професійні команди польських вєводських станцій і стала абсолютним чемпіоном. Склад команди – 1 фельдшер і 2 медсе-

Таблиця 3. Перелік учасників та їх рейтинг III Національного відкритого чемпіонату бригад ШМД (2011 рік)

Команда	Всього	Загальний рейтинг
Максимальна сума балів	750,0	1
м. Заліщики, Тернопільська обл. (I місце)	682,5	2
Медична клініка "Борис", м. Київ (краща приватна клініка)	682,5	3
м. Краків, Республіка Польща (краща закордонна команда)	675,0	4
м. Каунас, Литва	654,0	5
Клініка "Добробут", м. Київ	652,5	6
м. Харків (II місце)	631,5	7
Центр ЕМД і МК м Львів (III місце)	626,5	8
ШМД поліклініки ДУС, м. Київ	607,0	9
м. Вільнюс, Литва	600,0	10
м. Рівне	593,0	11
м. Чернівці	586,5	12
м. Сторожинець, Чернівецька обл.	580,0	13
м. Івано-Франківськ	552,0	14
м. Кіцмань, Чернівецька обл.	543,5	15
м. Березне, Рівненська обл.	524,5	16
м. Тернопіль	518,5	17
м. Черкаси	515,5	18
Центр ЕМД і МК, м. Київ № 2	498,0	19
Центр ЕМД і МК, м. Київ № 1	495,0	20
м. Дунаївці, Хмельницька обл.	487,5	21
м. Біла Церква, Київської обл.	480,5	22
Клініка "Фіторія", м. Львів	473,5	23
Клінічний госпіталь Державної прикордонної служби України, м. Львів	471,5	24
Студенти Національного медичного університету імені О. О. Богомольця	453,5	25
м. Луцьк	440	26
Центр ЕМД і МК, м. Хмельницький	418,5	27
м. Воловець, Закарпатська обл.	415	28
м. Анрацит, Луганська обл.	393,5	29
м. Вінниця	387,5	30
м. Первомайськ, Миколаївська обл.	273	31

стри. Основа успіху – ретельне, відпрацьоване до автоматизму виконання протоколів з невідкладної медичної допомоги. Отже, розробка науково обґрунтованих і доказових протоколів з медицини невідкладних станів і їх обов'язкове виконання є насущною проблемою діяльності служби ШМД і запорукою успішної діяльності як під час конкурсів, так і під реальних виїздів на виклики. На жаль, в Україні останні протоколи з медицини невідкладних станів датуються 2005 роком і не відповідають сучасному баченню технологій надання

медичної допомоги пацієнтам у невідкладних станах на догоспітальному етапі.

На II Національному відкритому чемпіонаті (2010 р.) в порядку експерименту серед лікарських бригад відділення ШМД Кіцманської центральної районної лікарні виставило фельдшерську бригаду у складі двох фельдшерів та одного водія. Команда посіла 22 місце у загальному заліку із 26 можливих. Команда показала типові помилки, що були характерні більшості команд другої половини турнірної таблиці:

1. При наданні допомоги постраждалим у ДТП та падінні з висоти судді відмітили такі типові помилки:

- більшість команд не оцінювала рівень власної безпеки, поганою була координація з рятувальниками, які були присутніми на місці пригоди;

- не проводився огляд місця пригоди з метою виявлення всіх постраждалих;

- первинний огляд відбувався хаотично, не всі бригади визначали пульс на сонній і променевої артерії, мало хто акцентував увагу на тактильній температурі тіла та капілярному наповненні;

- допускалися помилки під час вкладання постраждалого на довгу транспортувальну дошку;

- інгаляцію кисню потерпілим проводили тільки окремі команди;

- деякі бригади намагались розмістити усіх постраждалих до однієї карети ШМД, не виконувалися елементи сортування щодо черговості евакуації, не викликалися додаткові бригади на допомогу;

- вторинний огляд виконували тільки поодинокі команди. Його проведення було несистемним і не в повному об'ємі;

- при визначенні подальшої допомоги у салоні карети ШМД дорогою до лікувальної установи окремі бригади взагалі не намагались її виконувати;

- рідко використовувалося термопокривало.

Судді зробили висновок, що найменше балів практично у кожній українській команді було виставлено за відсутність реальної співпраці з працівниками міліції і рятувальниками.

2. При оцінюванні конкурсантів з надання медичної допомоги потопельнику судді відмітили такі типові помилки:

- не усі українські команди мали достатню кількість обладнання для проведення серцево-легенево-церебральної реанімації на березі озера, з чим не було проблем у польських команд;

- ряд команд намагались розпочати реанімаційні заходи безпосередньо в надувному човні, що, враховуючи особливості його конструкції і те, що він уже знаходився біля берега, було недоцільним і малоефективним;

- близько 20 % команд не забезпечили іммобілізацію шийного відділу хребта комірцями, хоча ці засоби були в їхньому арсеналі. Не було виконано навіть ручної фіксації. Також не всі учасники дотримувались правил синхронного перетранспортування постраждалого з човна на щит;

- лише 70 % команд належним чином приділили увагу іншим присутнім на місці події, застосувавши адекватні заходи для її заспокоєння, що в кінцевому результаті дозволило їм працювати без зайвих перешкод.

- третина команд вдалася до поверхневих, застарілих методик визначення абсолютних ознак клінічної смерті, не оцінивши належним чином (впродовж 10 секунд) наявність дихання, пульсу над магістральними судинами, стану зіниць;

- частина учасників розпочала проведення штучної вентиляції легень без попередньої санації зовнішніх дихальних шляхів, в подальшому не подавши до мішка Амбу належного потоку кисню;

- майже половина команд не дотримувалась правильного співвідношення ШВЛ до непрямого масажу серця, а саме 2 : 30. Декілька учасників змагань не виконали інтубацію трахеї, хоча мали в своєму арсеналі необхідне для цього обладнання;

- абсолютна більшість команд після забезпечення прохідності дихальних шляхів розпочали серцево-легеневу реанімацію відразу ж провівши оцінку ритму, що відповідає нормативам ALS, проте окремі колективи вибрали не оптимальний шлях введення ліків – інтратрахеальний, хоча загальновідомо, що найкращим методом для введення медикаментів під час реанімації є внутрішньовенний шлях. Крім того, введення 1 мл 0,1 % розчину адреналіну до інтратрахеальної трубки не приведе до утворення його оптимальної терапевтичної концентрації у плазмі крові потерпілого.

3. У більшості українських команд виникли труднощі під час надання медичної допомоги постраждалим в умовах масових уражень. Зрозуміло, що найважливішим було організувати надання медичної допомоги, правильно провести, насамперед, медичне сортування. Однак в українських медико-технологічних стандартах критеріїв, за якими можна визначити уражених тяжкого, середнього і легкого ступеня, немає. Так само немає критеріїв визначення постраждалих, стан яких несумісний з життям і яким тільки полегшують страждання. Більш того, в Україні не розроблені сортувальні талони, придатні для медицини катастроф. Все це стало основною проблемою, яка не стільки залежала від умінь кожної команди, скільки від недосконалості системи медицини катастроф в Україні. Проте деякі ук-

раїнські команди продемонстрували хороші знання наведених систем сортування, мали при собі найпростіші сортувальні мітки червоного (тяжкоуражений), жовтого (уражений середнього ступеня тяжкості), зеленого (легкоуражений) та чорного (неможливо врятувати) кольорів. Представники цих команд були учасниками чи спостерігачами перших спільних українсько-польських навчань з медицини катастроф, які відбулися на базі "Червоної калини" у листопаді 2007 року. Кафедра ЕМД і МК з курсом військової підготовки Тернопільського державного медичного університету імені І. Я. Горбачевського та фахівці аналогічної кафедри Ягелонського університету (м. Краків, Республіка Польща) на моделі зіткнення двох автобусів на автобусній зупинці продемонстрували в реальному часі із використанням трьох пожежно-рятувальних команд, наряду міліції та семи карет ШМД з Тернополя, Львова (Клінічний госпіталь державної прикордонної служби), Кіцмані, Києва (клініка "БОРИС") та Бельсько-Бяло європейську технологію організації надання медичної допомоги при масовому ураженні із використанням систем сортування "START" (Newport Beach Fire Department and Hoag Memorial Hospital, California, USA) та "jumpSTART" (Developed by Lou E. Roming MD, FAAP, FACEP Miami Children's Hospital Miami-Dade Fire Rescue Department Medical Director, FL/5DMAT). При цьому використовували сортувальні талони, розроблені доктором Аркадіушем Тшосом (Ягелонський університет), відтворені ідентично українською мовою.

Головними помилками у цьому конкурсі були:

- погана взаємодія з представниками рятувальних служб, міліції, працівниками Червоного Хреста;
- мало хто інформував диспетчера про масове ураження й викликав підмогу;
- недостатню увагу приділяли легкоураженим "зеленим", роботу з якими можна було доручити

будь-кому, незадіяному у процедурі рятування. Практично не забезпечувалася психологічна підтримка цієї категорії постраждалих;

- більшість з українських команд не виконала п'яти реанімаційних вдихів немовляті із симптомом апное, після чого дитинка починає дихати й відноситися до категорії "червоних";

- не всі команди організували пункти збору окремо "червоних", "жовтих" і "зелених". Цьому перешкоджала відсутність транспортувальних щитів у пожежних;

- практично всі команди розгубилися, як визначити серед категорії "червоних" потерпілого, стан якого був найважчим, щоб з ним займатися до приїзду інших бригад;

- не всі команди діяли злагоджено, було багато хаотичних дій.

Польські команди продемонстрували кращі вміння і навички до дій при масових ураженнях, що свідчить про більшу увагу в цій країні до проблеми масових уражень.

Значний інтереси викликали Буковинські медичні раллі – 2012, адже половина команд-учасниць були фельдшерськими.

Результати змагань свідчать, що 62,5 % фельдшерських команд, які брали участь у чемпіонаті, розташувалися відразу за трійкою переможців – лікарських бригад. Аналіз середньої успішності за конкурсами був наступним (табл. 4).

З таблиці 4 видно, що за середньою сумою балів фельдшерські бригади відстають лише на 11,0 %. У конкурсах "Кордон" (надання медичної допомоги хворому на контрольно-пропускному пункті на кордоні із особливо-небезпечною інфекцією (холерою) та за характером оснащення оцінки як у лікарських, так і у фельдшерських бригад були практично однаковими.

У конкурсі "Ларисо, де ти Ларисо!" з числа бригади виключалася одна особа й була необхідність проведення реанімаційних заходів. При цьому лікарські бригади працювали у трьох (2

Таблиця 4. Порівняльний рейтинг лікарських і фельдшерських бригад під час Буковинських медичних раллі – 2012

Склад бригади	Конкурси					Сума
	"Кордон"	"Ларисо, де ти Ларисо!"	"Оснащення карет ШМД"	"Стоянка"	"Веселий автобус"	
Лікарські	54,3	72,7	129,7	38,8	109,7	405,2
Фельдшерські	49,2	54	131,8	56,4	69	360,4

фельдшери і водій), а фельдшерські тільки удвох (фельдшер і водій).

Тому зрозуміло, що відставання фельдшерських бригад становило 25,7 % від лікарських. Цей факт додатково вказує на необхідність присутності трьох підготовлених осіб для успішного проведення реанімаційних заходів. Враховуючи той факт, що загальна сума балів у цьому конкурсі була 100, то фельдшерські бригади із 3 осіб справились ледве на 70%, а фельдшерські бригади із двох осіб – ледве на 50 %. Іншими словами, неповна фельдшерська бригада (2 особи), що найчастіше відмічається в українських реаліях не здатна адекватно надати допомогу у випадку клінічної смерті, навіть при наявності повного оснащення, що засвідчив аналогічний конкурс "Оснащення карет ШМД", де було виявлено, що і лікарські, і фельдшерські бригади були оснащенні практично ідентично.

У конкурсі "Веселий автобус", у якому було троє постраждалих й одному з них на тлі передозування наркотиків необхідно було виконувати реанімаційні заходи, повноцінні лікарські бригади (у складі 4-х осіб) справилися найкраще з перевагою у 47,1 % балів порівняно із аналогічними фельдшерськими бригадами (із 3-х осіб).

Разом з тим, у конкурсі "Стоянка" кращими виявилися фельдшерські бригади. Їх відставання від максимально можливої суми балів (90 балів) склало 37,3 %, тоді, як у лікарських бригад – 56,9 %, що, по-перше, підкреслює відсутність ефективних технологій надання ЕМД при масових ураженнях в Україні, а також відомий постулат медицини катастроф, який говорить про те, що чим більше число постраждалих, тим менше значення має кваліфікація медичних працівників.

Загальною рисою цього чемпіонату, як в ряді випадків Національних, є невисокий рівень підготовки та бажання брати участь в наданні медичної допомоги у водіїв карет ШМД, що неприпустимо у країнах Європи.

Висновок. Таким чином, наведені у розділі результати дозволяють сформулювати висновки:

1. Команди країн Євроспільки, зокрема польські команди, краще підготовлені і забезпечені до виконання дій з екстреної медичної допомоги, ніж українські.

2. Ретельна реалізація медико-технологічного стандарту (протоколу) є запорукою успішного надання медичної допомоги постраждалим. Протоколи вимагають систематичного перегляду й оновлення відповідно до досягнень сучасної науки і техніки. Доцільним є врахування стандартів Американської асоціації кардіологів та Європейської ради реанімації. У зв'язку з цим на часі створення Української ради реанімації.

3. Подальшої роботи вимагає уніфікація оснащення карет ШМД. Проте на сьогодні працівники "швидкої" не використовують наявну апаратуру, вироби медичного призначення та медикаменти в повному обсязі для надання медичної допомоги постраждалому ще домінує в ментальності працівників ШМД.

4. Катастрофічною є ситуація з алгоритмом дій в умовах масових уражень. До медицини катастроф слід віднести як до окремої медичної технології, починаючи з етапу планування медичного забезпечення масових заходів, закінчуючи правилами дій у вогнищі ураження, взаємодії служб, розуміння кінцевої мети – врятувати якомога більше людей. Насамперед – це розробка алгоритму дій і взаємодії між службами у вогнищі ураження, прийняття на озброєння технології медичного сортування, розробка сортувальних талонів, підготовка і перепідготовка працівників ШМД з цих питань.

5. У роботі виїзної бригади вагоме значення відводиться водіям. В його обов'язки повинна входити допомога лікарю чи фельдшеру з різноманітних питань надання екстреної медичної допомоги. Тому такій категорії працівників слід дати змогу одержати первинну медичну освіту.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гудима А. А. До питання вдосконалення екстреної медичної допомоги при масових ураженнях / А. А. Гудима, М. Я. Джус, Р. М. Ляхович // Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції "Актуальні питання екстреної медичної допомоги і медицини катастроф", (9-10 червня, м. Тернопіль). – Тернопіль : Укрмедкнига, 2010. – С. 12-13.
2. Ковальчук Л. Я. Сучасний стан вдосконалення підготовки студентів та інтернів з питань екстреної і невідкладної медичної допомоги у Тернопільському державному медичному університеті імені І. Я. Горбачевського / Л. Я. Ковальчук, І. Р. Мисула // Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції "Актуальні питання екстреної медичної допомоги і медицини катастроф", (9-10 червня, м. Тернопіль). – Тернопіль : Укрмедкнига, 2010. – С. 6-7.
3. Мельник І. В. Система підготовки та методика викладання на тренінгах для медичного персоналу / І. В. Мельник, І. Л. Мокрий // Зб. матер. Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю "Єдина система екстреної медичної допомоги. Створення та перспективи розвитку в Україні", (м. Рівне, 22 - 23 березня 2012 року). – К. : ТОВ "НВП "Інтерсервіс", 2012. – С. 53-54.
4. Основні завдання щодо реалізації державної програми створення єдиної системи надання екстреної медичної допомоги на 2010 рік / З. М. Митник, Г. Г. Рошцін, М. Д. Близнюк [та ін.] // Матеріали наукового симпозіуму "Проблемні питання медицини невідкладних станів", (20-21 квітня 2010 р., м. Київ). – К., 2010. – С. 13-15.
5. Першочергові заходи щодо подальшої розбудови єдиної системи надання екстреної медичної допомоги / З. М. Митник, Г. Г. Рошцін, М. Д. Близнюк [та ін.] // Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції "Актуальні питання екстреної медичної допомоги і медицини катастроф", (9-10 червня 2010 р., м. Тернопіль). – Тернопіль : Укрмедкнига, 2010. – С. 3-4.
6. Наказ МОЗ України № 24 від 17.01.2005 р. "Про затвердження протоколів надання медичної допомоги".
7. Наказ МОЗ України від 01.06.2009 р. № 370 "Про єдину систему надання екстреної медичної допомоги".
8. Наказ МОЗ України від 28.04.2009 р. № 283 "Про удосконалення підготовки та підвищення кваліфікації медичних працівників з надання екстреної та невідкладної медичної допомоги".
9. Наказ МОЗ України від 12.05.2008 р. № 245 "Про затвердження плану реалізації заходів щодо забезпечення виконання Державної програми створення єдиної системи надання екстреної медичної допомоги на період до 2010 року".