

УДК 618.3/.7-08-039.35+614.882/.888  
DOI: 10.26435/UC.V011(38).676

Г.А. Городник<sup>1</sup>, А.Ю. Мельников<sup>2</sup>, Т.П. Кабанько<sup>1</sup>,  
Н.Н. Смирнова<sup>1</sup>, В.С. Костенко<sup>1</sup>, Ю.Н. Агафонов<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк

<sup>2</sup>Республиканский центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф, Донецк

## ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, РОЖЕНИЦ И РОДИЛЬНИЦ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ

В практическом здравоохранении довольно часто возникает необходимость в эвакуации тяжелых больных из одного лечебного учреждения в другое, более высокого уровня. Наиболее часто такая необходимость появляется в разделе «Акушерство и гинекология».

50-летний опыт работы выездной бригады экстренной помощи в акушерстве позволил нам разработать методические подходы к организации медицинской эвакуации беременных женщин, рожениц и родильниц, находящихся в критическом состоянии.

При развитии острых критических состояний, угрожающих жизни беременной, роженицы или родильницы, вызванных патологией беременности, родового акта или экстрагенитальной патологией (острая сердечная, сосудистая, дыхательная, печеночно-почечная недостаточность, ДВС-синдром и др.), наряду с оказанием экстренной медицинской помощи нередко возникает необходимость в срочной госпитализации этих женщин в специализированную клинику.

Иногда характер патологических процессов оказывается таким, что пациентке требуется ряд сложных методов обследования (компьютерная томография, ЭХО-кардиография и т.д.) и лечения (гемодиализ, гемосорбция, плазмаферез и т.д.), которые невозможно выполнить в районной или городской больнице.

После проведения наиболее неотложных мероприятий (интубация трахеи с переводом на ИВЛ, оперативное вмешательство для остановки кровотечения, устранение опасных для жизни расстройств гемодинамики, гемокоагуляции, гомеостаза) решается вопрос о возможности и целесообразности перевода пациентки в областную или республиканскую больницу, клинику, НИИ.

Транспортировка тяжелых больных на большие расстояния – задача сложная, требующая

строгого методического подхода, соответствующего оснащения и опыта медицинского персонала.

Мы имеем более чем 50-летний опыт в межбольничной транспортировке тяжелых пациентов акушерского профиля. На сегодняшний день 65-70% пациенток, консультированных специализированными выездными бригадами, переводятся в перинатальные центры II и III уровня оказания медицинской помощи. В этом разделе мы попытались на основании нашего опыта изложить рекомендации по безопасной межбольничной транспортировке пациенток, находящихся в критическом состоянии, с использованием специализированных выездных бригад, созданных на базе ведущих родовспомогательных клинических учреждений нашего региона.

Выездные специализированные бригады сосредоточены в настоящее время в Республиканском центре экстренной медицинской помощи и медицины катастроф (РЦЭМПММК); их работа курируется ведущими акушерами-гинекологами и анестезиологами университета и координируется республиканским акушером-гинекологом и республиканским акушерским анестезиологом. Бригада выезжает в составе оперирующего акушера-гинеколога, анестезиолога, медсестры-анестезистки. Специализированный транспорт выделяется РЦЭМПММК [4].

Внедрение в практику трехуровневой системы оказания медицинской помощи наложило свой отпечаток на организацию межбольничной транспортировки акушерских пациенток.

Пациентки, нуждающиеся в медицинском сопровождении или особых условиях транспортировки, могут быть перевезены санитарным транспортом учреждений здравоохранения.

© Г.А. Городник, А.Ю. Мельников, Т.П. Кабанько, Н.Н. Смирнова, В.С. Костенко, Ю.Н. Агафонов, 2021  
© Университетская Клиника, 2021

Пациентки, нуждающиеся в проведении медикаментозной терапии в пути и в динамическом контроле за витальными функциями, а также в экстренном переводе в другое учреждение здравоохранения, могут быть перевезены бригадами СМП.

Пациентки в тяжелом и крайне тяжелом состоянии, нуждающиеся в протезировании витальных функций, а также пациентки, транспортировка которых требует специальных знаний и навыков, переводятся в другие учреждения здравоохранения специализированными выездными бригадами. Вопрос перевода до начала транспортировки должен быть согласован с заведующим отделением или администрацией принимающего учреждения здравоохранения.

**Показаниями к межбольничному переводу тяжелых больных являются:**

1. Отсутствие в данном учреждении здравоохранения хорошо организованной службы интенсивной терапии и квалифицированного персонала (отделение интенсивной терапии, круглосуточные посты акушеров-гинекологов, анестезиологов, подготовленных средних медицинских работников).

2. Необходимость в длительной респираторной поддержке, многоплановой инфузионной терапии, парентеральном питании под тщательным метаболическим мониторингом, динамическим контролем клинико-биохимических показателей.

3. Необходимость в дообследовании (КТ, МРТ), что позволит уточнить диагноз и провести коррекцию проводимой терапии или решить вопрос о необходимости оперативного лечения.

4. Необходимость в экстракорпоральной детоксикации (гемодиализ, гемофильтрация, плазмаферез, ультрафильтрация, квантовая терапия) и повторных операциях.

Под каждым из указанных пунктов подразумевается целесообразность действий и решений, ведущих к улучшению прогноза для конкретной пациентки и оправдывающих риск возможных осложнений, связанных с планируемой межбольничной транспортировкой.

Безопасность пациентки на этапе транспортировки зависит от квалификации врачей бригады. Специализированная бригада врачей должна иметь комплект медицинского оборудования и медикаментозных средств для обеспечения безопасной транспортировки и возможности оказания экстренной медицинской помощи в пути.

### **Безопасность межбольничной транспортировки больных, находящихся в критических состояниях**

От межбольничной транспортировки не ожидают улучшения состояния больной. Отсутствие ухудшения – идеальный результат.

Как показал наш опыт, на первое место должен быть поставлен принцип непрерывности всего комплекса интенсивной терапии, который необходим данной больной. Больной следует заранее катетеризировать вену (в случаях тяжелой гиповолемии и продолжающихся потерь ОЦК обязательна установка двух венозных катетеров). Пункция и катетеризация центральных вен противопоказана у больных с коагулопатиями. В этих случаях выполняется венесекция с последующей катетеризацией вен. Все инфузии, болюсные введения препаратов, методы респираторной поддержки необходимо выполнять в заранее выбранной последовательности и точно в назначенное время, как если бы больная находилась на койке в отделении интенсивной терапии. Аналогична ситуация с респираторной поддержкой: при отсутствии сознания, риске развития дыхательных расстройств в пути целесообразна интубация трахеи и перевод пациентки на ИВЛ на этапе подготовки к транспортировке.

Классическим тестом определения готовности пациента к транспортировке является «проба перекалывания на транспортные носилки»: до и после перекалывания измеряется САД и определяется частота пульса при временном прекращении инфузии. Если изменения указанных параметров не превышают 10% от исходного – проба «отрицательная», если превышают – проба «положительная» [1].

Безопасность межбольничной транспортировки обеспечивается четкой, слаженной работой бригады, подкрепленной достаточной материальной базой. Ответственность за это несут как должностные лица, так и медицинские работники специализированных бригад.

I. Обязанности должностных лиц:

- 1) отбор и подготовка специалистов;
- 2) организация условий работы;
- 3) оснащение бригады;
- 4) контроль за соблюдением стандартов лечения;
- 5) текущий и поэтапный анализ работы бригад.

II. Материальная часть:

- 1) машина, работающая с бригадами экстренной помощи, должна быть оснащена заранее проверенным наркозно-дыхательным аппаратом, аппаратом для ручной вентилизации, за-

правленными кислородными баллонами с учетом времени транспортировки;

2) в комплекте должны быть проверенный ларингоскоп, эндотрахеальные трубки различного диаметра с герметичными манжетами;

3) механический насос; шприцевой насос (инфузомат);

4) дефибрилятор;

5) системы для инфузий, катетеры для мочевого пузыря, зонды желудочные;

6) стерильные шприцы (с иглами) разных емкостей, венозные катетеры различного диаметра;

7) бинты, лейкопластырь, жгуты, зажимы;

8) аппаратура для мониторинга за состоянием больной (тонометр, ЭКГ, пульсоксиметр);

9) стерильный набор для венесекции, набор для трахеостомии с трахеостомическими канюлями разного диаметра;

10) комплект медикаментов: адреналин, атропин, гормоны, магния сульфат, сердечные гликозиды, противоаритмические и утеротонические средства, антигипертензивные препараты, спазмолитики, нитраты, ганглиоблокаторы, препараты для инфузионной терапии, антикоагулянты, ингибиторы протеолиза, средства для лечения ДВС-синдрома.

Перед транспортированием больной необходимо не только проверить оснащение, которое будет использоваться или может понадобиться в пути, но и убедиться в его исправности. Следует, не перемещая больную на носилки, подключить к ней все средства жизнеобеспечения и в течение 40 мин – 1 ч проконтролировать их функционирование, а также, что еще важнее, проследить за реакцией больной на смену оборудования. В первую очередь это относится к обеспечению ИВЛ [2, 3, 5].

Немаловажной является полноценность медицинской документации, доставленной с больной. Если есть условия, то нужно иметь ксерокопию всей истории болезни, включая все анализы и листы назначения, а также данные дополнительных инструментальных исследований (Р-исследования, ЭКГ и т.д.). Выписки из истории болезни, как правило, не дают полного представления о динамике развития патологического процесса и некоторых особенностях его течения, важных для преемственного ведения больной.

#### **Оценка транспортабельности пациенток**

Нетранспортабельность – это прогностически неблагоприятное состояние, при котором во время транспортировки у больной могут развиться (или усугубиться) жизнеопасные осложнения, вплоть до наступления смерти! [1].

К нетранспортабельным больным относят:

- пациенток с продолжающимся кровотечением любой этиологии;

- пациенток, находящихся в терминальном состоянии (клиническая смерть, терминальная пауза, агония);

- пациенток с критически низким уровнем систолического артериального давления (60% от нормы и ниже);

- пациенток с критически высоким систолическим артериальным давлением (140% от нормы и выше) до его стабилизации;

- пациенток с некупируемым отеком легких, а также с РДСВ с выраженной кислородной зависимостью;

- пациенток с отеком мозга и признаками дислокационного синдрома;

- острые дислокационные синдромы органов грудной полости [6, 7].

Нецелесообразность транспортировки – разновидность нетранспортабельности. Это понятие включает ситуации, когда риск транспортировки превышает риск самого заболевания.

Нецелесообразность транспортировки может возникнуть в следующих ситуациях:

- при развитии запредельной комы и переходе ее в вегетативное состояние;

- при наличии у больных хронических заболеваний в кахектических стадиях и (или) последствий перенесенных травм с явно обратимыми изменениями в жизненно важных органах;

- при отсутствии условий для безопасной транспортировки с продолжением интенсивной терапии, в т.ч. непроходимость дорог, другие технические препятствия на пути к месту госпитализации и неблагоприятные метеорологические условия [1].

#### **Межбольничная транспортировка пациенток с тяжелыми формами преэклампсии и эклампсии, отеком-набуханием головного мозга**

В последние годы сложилась трехуровневая система оказания медицинской (в т.ч. перинатальной) помощи, поэтому большинство беременных с преэклампсией средней и тяжелой степени родоразрешаются в перинатальных центрах III уровня. В связи с этим повышается актуальность вопроса организации межбольничного перевода пациенток данной категории [6, 8].

Противопоказаниями к транспортировке мы считаем эклампсию, токсико-дисциркуляторную энцефалопатию III степени с выраженной судорожной готовностью, нарушения зрения (выраженный отек или отслойка сетчатки), отрицательную динамику в лечении гипертензии у пациенток с тяжелой преэклампсией, подозрение на ОНМК (не купирующаяся головная боль, рво-

та), а также подозрение на преждевременную отслойку плаценты.

Целевым уровнем при проведении антигипертензивной терапии считаем АД = 150/100 мм рт. ст. Уровень протеинурии и выраженность отеочного синдрома учитываются как фактор риска развития судорожного приступа, но не влияют существенно на транспортабельность пациентки.

При наличии у беременной гипертензии беременных, компенсированной хронической артериальной гипертензии без выраженной протеинурии (более 0,3 г/л в разовой порции мочи) и генерализованных отеков данное состояние рассматривается как сопутствующая патология. Такие пациентки транспортируются в профильное учреждение здравоохранения (УЗ) в зависимости от основной патологии, определяющей тяжесть состояния беременной. Оказание помощи зависит от состояния беременной, параметров АД, эффекта от проводимой терапии. Во время транспортировки проводится симптоматическая терапия.

#### **Преэклампсия средней тяжести**

При необходимости перевода беременной с преэклампсией средней степени тяжести в перинатальный центр II или III уровня подготовка к транспортировке может быть предварительно проведена сотрудниками консультируемого учреждения здравоохранения по согласованию с врачами специализированной консультативной бригады. Проводимая терапия должна быть направлена на стабилизацию АД и неврологического статуса пациентки. Катетеризация периферической вены обязательна. Седативная терапия перед транспортировкой (как правило, препараты бензодиазепинового ряда) проводится по назначению врача.

**Транспортировка.** Решение о транспортировке с использованием носилок, сидячей каталки или своим ходом принимается врачами специализированных консультативных бригад, исходя из состояния пациентки и конкретных условий выполнения поставленной задачи. В случае нестабильного эффекта от проведенной терапии предпочтение отдается переводу пациентки в стационар III уровня перинатальной помощи. В пути проводится контроль за состоянием беременной, антигипертензивная, седативная терапия, продолжение инфузии сернокислой магnezии.

#### **Тяжелая преэклампсия**

Беременная с тяжелой преэклампсией госпитализируется в ближайшее родовспомогательное учреждение (при наличии в населенном пункте перинатальных центров II или III уровня – в них). Перевод в отделение анестезиоло-

гии и интенсивной терапии стационара III уровня осуществляется только специализированными выездными бригадами.

Подготовка к транспортировке может быть предварительно проведена сотрудниками консультируемого учреждения здравоохранения по согласованию с врачами специализированной консультативной бригады. Лечение направлено на стабилизацию АД и неврологического статуса на безопасном для жизни пациентки уровне, почасового диуреза. Катетеризация периферической вены обязательна. Кроме антигипертензивной терапии, обязательным компонентом подготовки беременной к транспортировке является магнeзиальная и седативная терапия. Целесообразна противоотечная терапия (L-лизина эсцинат), консультация офтальмолога и невропатолога. При отсутствии указанных специалистов степень выраженности преэклампсии может быть оценена по критериям, представленным в таблице. Оценка транспортабельности пациентки проводится врачами специализированных консультативных бригад.

Седативная терапия перед транспортировкой (как правило, препараты бензодиазепинового ряда) проводится по назначению врача.

**Транспортировка** осуществляется с использованием носилок. В пути проводится контроль за состоянием беременной, антигипертензивная, седативная терапия, продолжение инфузии сернокислой магnezии.

**Отказ от транспортировки.** В случае высокой гипертензии, не поддающейся медикаментозной коррекции; токсикодисциркуляторной энцефалопатии III степени, наличия признаков менингодиэнцефального отека, нарушения зрения (выраженный отек или отслойка сетчатки), подозрения на ОНМК целесообразно воздержаться от транспортировки беременной в другое учреждение здравоохранения и провести родоразрешение на месте с последующей продолженной ИВЛ и интенсивной терапией – по жизненным показаниям со стороны женщины. Подозрение на преждевременную отслойку плаценты является основанием для проведения родоразрешения на месте.

#### **Эклампсия**

Родоразрешение пациентки с эклампсией проводится на месте. Вопрос о переводе в отделение анестезиологии и интенсивной терапии стационара III уровня решается индивидуально, в зависимости от динамики течения послеродового периода, и осуществляется специализированными выездными бригадами.

Рациональный подход к межбольничной транспортировке пациенток с преэклампсией позволяет проводить их родоразрешение в усло-

**Таблица.**

Критерии токсико-дисциркуляторной энцефалопатии (ТДЭ), характерной для пациенток с преэклампсией/эклампсией

Критерий оценки	ТДЭ I степени	ТДЭ II степени	ТДЭ III степени
Сознание	ясное	ясное	Умеренное оглушение – сопор
Эмоциональная лабильность	+	++	+++
Вегетативная реакция	компенсированный тип	компенсированный тип	декомпенсированный тип
Сухожильные рефлексы	умеренная гиперрефлексия, D=S	умеренная гиперрефлексия, возможно D≠S	гиперрефлексия, возможна диссоциация сухожильных рефлексов
Патологические рефлексы	отсутствуют	выявляются кистевые пирамидные знаки, возможны аксиальные рефлексы	преобладание стопных пирамидных знаков
Менингоэнцефальный отек	не выражен	сомнительный	выраженный, судорожная готовность
Изменения на глазном дне	отсутствуют или незначительное сужение артериол	ангиопатия умеренно выраженная	ангиопатия выраженная, возможен отек зрительного диска и мелкие кровоизлияния на глазном дне

*Примечание.* Преэклампсия легкой степени может протекать без ТДЭ либо с ТДЭ I степени, преэклампсия средней степени – с ТДЭ I-II степени, тяжелая преэклампсия – с ТДЭ II-III степени. Нарастание тяжести ТДЭ следует расценивать как отрицательную динамику в лечении преэклампсии.

виях стационаров преимущественно III уровня оказания перинатальной помощи. Это дает возможность обеспечить качественное обследование и лечение как женщин, так и новорожденных, что особенно важно при недоношенной беременности [1].

**Межбольничная транспортировка пациентов с кровотечением, а также перенесших геморрагический декомпенсированный шок и операцию**

Несмотря на бурное развитие технологий в современном мире, широкое использование сосудистой хирургии для достижения гемостаза в акушерстве в условиях крупных перинатальных центров и многопрофильных больниц, мы на сегодняшний день остаемся сторонниками привычной консервативной концепции: пациентка с не остановленным кровотечением при наличии возможности оперативного лечения в данном учреждении здравоохранения должна быть оперирована, гемостаз достигнут, витальные показатели стабилизированы, и лишь затем поставлен вопрос о целесообразности ее транспортировки в другое лечебное учреждение.

Проблемой, возникающей наиболее часто в работе специализированных выездных бригад, являются вопросы перевода беременных с кровянистыми выделениями при предлежании плаценты или частичной краевой отслойкой нормально или низко расположенной плаценты, особенно при наличии недоношенной беременности. Перевод такой пациентки в учреждения здравоохранения III уровня оказания пе-

ринатальной помощи безусловно увеличивает шансы выживания плода. Но риск кровотечения в пути остается более серьезной угрозой. Рациональной тактикой в таких случаях считаем проведение гемостатической и токолитической терапии на месте в течение 2-3 суток, проведение профилактики респираторного дистресс-синдрома плода, при стабилизации состояния – принятие решения о возможности перевода.

Единственный вид послеродовых кровотечений, с которыми нашим специализированным бригадам приходилось транспортировать пациенток в многопрофильные клиники до их окончательного разрешения, – это гематомы влагалища. Такие транспортировки выполнялись при условии отсутствия признаков нарастания гематомы, стабильной гемодинамике и показателях свертывающей системы. Вскрытие гематомы всегда несет риск возобновления кровотечения, и выполнение его в условиях многопрофильной клиники с возможностью привлечения смежных специалистов (хирургов-проктологов) всегда безопаснее, чем в условиях городских и районных больниц.

Больные, перенесшие декомпенсированный геморрагический шок, ДВС-синдром, синдром массивных инфузий и трансфузий, даже при восполненном объеме кровопотери, восстановлении гемокоагуляции, как правило, нуждаются в лечении в специализированных отделениях с целью коррекции полиорганной недостаточности, консультациях смежных специалистов и проведении грамотной программы реабили-

тации. Наиболее сложным вопросом является определение сроков перевода в случаях, когда развившаяся острая почечная недостаточность требует проведения гемодиализа, а у пациентки сохраняются респираторная дисфункция с выраженной кислородной зависимостью, явления отека головного мозга или нестабильная гемодинамика. Длительный опыт работы позволяет нам уверенно говорить, что выживаемость таких пациенток в крупных многопрофильных клиниках значительно выше, чем в городских и районных больницах. Поэтому вопрос о переводе в учреждения здравоохранения III уровня оказания медицинской помощи рационально ставить при появлении такой возможности, а не дожидаться декомпенсации одной или нескольких витальных функций организма.

### **Межбольничная транспортировка пациенток с гнойно-воспалительными заболеваниями, в том числе перенесших септический шок**

Внедрение трехуровневой системы оказания медицинской помощи наложило свой отпечаток на подходы к транспортировке родильниц с гнойно-воспалительными послеродовыми осложнениями. Лечение послеродовых эндометритов и метрорэндометритов на сегодняшний день проводится в условиях учреждений здравоохранения III уровня оказания медицинской помощи. Основными патологиями, вызывающими трудности в принятии решения о транспортировке, являются перитониты, сепсис, септический шок. Мы остаемся сторонниками необходимости разрешения данной патологии на месте. Однако возможны и индивидуальные решения, исходя из конкретной оценки ситуации, состояния пациентки и возможностей лечебных учреждений.

Основным аргументом в пользу возможного перевода пациентки с перитонитом, сепсисом в многопрофильную клинику или перинатальный центр III уровня является знание того, что после операции состояние ее может ухудшиться (особенно при вскрытии абсцессов и флегмон клетчатки велик риск интраоперационного развития септического шока), что потребует длительного лечения ее в условиях отделения интенсивной терапии. Ведь конечным результатом должна быть не выполненная операция, а спасенная жизнь! Решения в таких случаях принимаются консилиумом и возлагают огромную ответственность на бригаду, осуществляющую подобную транспортировку.

Пациентки с септическим шоком, связанным с гнойно-воспалительными послеродовыми осложнениями, не транспортабельны.

У нас имеется опыт единичных транспортировок пациенток с септическим шоком на фоне блока почки и обострения пиелонефрита. Транспортировки выполнялись с целью дообследования и малоинвазивного хирургического лечения (наложения чрескожной пункционной нефростомии) в условиях урологической клиники после тщательной подготовки к транспортировке и обеспечения мониторингирования витальных показателей в пути.

### **Межбольничная транспортировка акушерских пациенток с экстрагенитальной патологией**

Транспортировка пациенток с экстрагенитальной патологией преимущественно связана со сложностями диагностики и необходимостью сочетания родоразрешения с другими видами хирургической помощи. Наиболее показательны в этих случаях переводы беременных, пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях. В многопрофильной клинике имеются все условия для оказания помощи как матери (торакальные хирурги, нейрохирурги, ангиохирурги), так и недоношенному новорожденному. Время ожидания прибытия узких специалистов в районную или городскую больницу нередко превышает его затраты на осуществление транспортировки пострадавшей силами специализированной выездной бригады.

Безусловно, рецептов в таких случаях быть не может. Принятие решения должно быть быстрым и аргументированным.

## **Выводы**

Межбольничная транспортировка акушерских больных – не очень большой, но значимый участок в едином комплексе оказания помощи будущим матерям и их детям. Он возлагает большую ответственность на медицинских работников, осуществляющих перевод, поскольку пациентку забирают из учреждения здравоохранения, а возможности оказания медицинской помощи в санитарном транспорте не могут сравниться с возможностями больницы. Квалификация кадров, рациональная организация труда специализированных медицинских бригад, техническое оснащение, включающее проблемы транспорта и связи, и многие другие вопросы должны решаться в плановом порядке, своевременно и неформально. Поэтому требования стандартов и протоколов, знания и опыт, советы коллег и интуиция – все должно быть учтено при принятии решений.

Г.А. Городник<sup>1</sup>, А.Ю. Мельников<sup>2</sup>, Т.П. Кабанько<sup>1</sup>, Н.Н. Смирнова<sup>1</sup>, В.С. Костенко<sup>1</sup>, Ю.Н. Агафонов<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк

<sup>2</sup>Республиканский центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф, Донецк

### ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, РОЖЕНИЦ И РОДИЛЬНИЦ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ

В практическом здравоохранении довольно часто возникает необходимость в эвакуации тяжелых больных из одного лечебного учреждения в другое, более высокого уровня. Наиболее часто такая необходимость появляется в разделе «Акушерство и гинекология». При развитии острых критических состояний, угрожающих жизни беременной, роженицы или родильницы, вызванных патологией беременности, родового акта или экстрагенитальной патологией, наряду с оказанием экстренной медицинской помощи нередко возникает необходимость в срочной госпитализации этих женщин в специализированную клинику. На сегодняшний день 65-70% пациенток, консультированных специализированными выездными

бригадами, переводятся в перинатальные центры II и III уровня оказания медицинской помощи. 50-летний опыт работы выездной бригады экстренной помощи в акушерстве позволил разработать методические подходы к организации медицинской эвакуации беременных женщин, рожениц и родильниц, находящихся в критическом состоянии. В статье изложены рекомендации по безопасной межбольничной транспортировке пациенток, находящихся в критическом состоянии, с использованием специализированных выездных бригад.

**Ключевые слова:** неотложные состояния в акушерстве, медицинская транспортировка.

G.A. Gorodnik<sup>1</sup>, A.J. Melnikov<sup>2</sup>, T.P. Kaban'ko<sup>1</sup>, N.N. Smirnova<sup>1</sup>, V.S. Kostenko<sup>1</sup>, J.N. Agafonov<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SEI HPE «M. Gorky Donetsk National Medical University», Donetsk

<sup>2</sup>Republican Center of Urgent Medicine and Catastrophe Medicine, Donetsk

### ORGANIZATION OF MEDICAL EVACUATION FOR PREGNANT WOMEN, PARENTS AND PARENTS IN EMERGENCY CONDITIONS

In practical health care, it is quite often necessary to evacuate critically ill patients from one medical institution to another, higher level. Most often, such a need appears in the section «Obstetrics and Gynecology». In case of acute critical conditions that threaten the life of a pregnant woman, woman in labor or postpartum women, caused by the pathology of pregnancy, childbirth or extragenital pathology, along with the provision of emergency medical care, there is often a need for urgent hospitalization of these women in a specialized clinic. Today, 65-70% of patients consulted by specialized mobile

teams are transferred to perinatal centers of the II and III levels of medical care. 50 years of experience of the emergency mobile team in obstetrics has made it possible to develop methodological approaches to the organization of medical evacuation of pregnant women, women in labor and postpartum women in critical condition. This article outlines recommendations for the safe interhospital transportation of critically ill patients using specialized mobile teams.

**Key words:** emergency conditions in obstetrics, medical transportation.

### ЛИТЕРАТУРА

- Куликов А.В., Шифман Е.М., ред. Анестезия, интенсивная терапия и реанимация в акушерстве и гинекологии. Клинические рекомендации. Протоколы лечения. М.: Медицина; 2018. 820.
- Колесников А.Н., Долгошапко О.Н., Городник Г.А., Кабанько Т.П., Костенко В.С., Джоджуа Т.В. Лабиринты гестоза. Донецк: Донбасс; 2018. 221.
- Мельников А.Ю., Бондаренко С.В., Долгошапко О.Н., Князева Н.В., Черных Л.Е. и др. Межбольничная эвакуация пациенток с преэклампсией. Медицина катастроф. 2018; 3: 59-62.
- Приказ МЗ ДНР от 25.05.2015 г. № 012.1/17 «Об утверждении Временного Положения о выездной консультативной специализированной экстренной медицинской помощи Республиканского Центра экстренной медицинской помощи и медицины катастроф Донецкой Народной Республики». Донецк; 2015. 14.
- Фиалко В.А. Тактическая медицина. 50-летний опыт изучения и практического решения проблем ургентной медицины догоспитального этапа. Издание 2-е,

### REFERENCES

- Kulikov A.V., Shifman E.M., red. Anesteziya, intensivnaya terapiya i reanimatsiya v akusherstve i ginekologii. Klinicheskie rekomendatsii. Protokoly lecheniya [Anesthesia, intensive care and resuscitation in obstetrics and gynecology. Clinical recommendations. Protocols of treatment]. M.: Meditsina; 2018. 820 (in Russian).
- Kolesnikov A.N., Dolgoshapko O.N., Gorodnik G.A., Kaban'ko T.P., Kostenko V.S., Dzhodzhuia T.V. Labirinty gestoza [Gestosis labyrinthis]. Donetsk: Donbass; 2018. 221 (in Russian).
- Mel'nikov A.Yu., Bondarenko S.V., Dolgoshapko O.N., Knyazeva N.V., Chernyh L.E. i dr. Mezhsobol'nichnaya evakuatsiya patsientok s preeklampsiei [Interhospital evacuation of patients with a preeclampsia]. Meditsina katastrof. 2018; 3: 59-62 (in Russian).
- Приказ МЗ ДНР от 25.05.2015 г. № 012.1/17 «Об утверждении Временного Положения о выездной консультативной специализированной экстренной медицинской помощи Республиканского Центра экстренной медицинской помощи и медицины катастроф Донецкой Народной Республики».

- исправленное и дополненное (избранные статьи, очерки, лекции, таблицы, классификации, методические материалы: 1957-2007 гг.). Екатеринбург: Издательство ИРА УТК; 2011. 318.
6. Blakeman T.C., Branson R.D. Inter- and intrahospital transport of the critically ill. *Respir Care*. 2013; 58 (6): 1008-1023.
  7. Booth A., Steel A., Klein J.. Anaesthesia and pre-hospital emergency medicine. *Anaesthesia*. 2013; 68 (Suppl. 1): 40-48.
  8. Droogh J.M., Smit M., Absalom A.R., Ligtenberg J.J., Zijlstra J.G. Transferring the critically ill patient: are we there yet? *Crit Care*. 2015; 20: 62.
- ki» [About the adoption of Provisional Regulations for exit advisory specialized emergency medical care of the Republican Center of the emergency medical care and medicine of accidents of the Donetsk People's Republic]. Donetsk; 2015. 14 (in Russian).
  5. Fialko V.A. Takticheskaya meditsina. 50-letnii opyt izucheniya i prakticheskogo resheniya problem urgentnoi meditsiny dogospital'nogo etapa [Tactical medicine. 50 years' experience of studying and practical solution of problems of urgentny medicine of a pre-hospital stage]. Izdanie 2-e, ispravlennoe i dopolnennoe (izbrannye stat'i, ocherki, lektsii, tablitsy, klassifikatsii, metodicheskie materialy: 1957-2007 gg.). Ekaterinburg: Izdatel'stvo IRA UTK; 2011. 318(in Russian).
  6. Blakeman T.C., Branson R.D. Inter- and intrahospital transport of the critically ill. *Respir Care*. 2013; 58 (6): 1008-1023.
  7. Booth A., Steel A., Klein J.. Anaesthesia and pre-hospital emergency medicine. *Anaesthesia*. 2013; 68 (Suppl. 1): 40-48.
  8. Droogh J.M., Smit M., Absalom A.R., Ligtenberg J.J., Zijlstra J.G. Transferring the critically ill patient: are we there yet? *Crit Care*. 2015; 20: 62.