

Медицинская эвакуация беременных женщин, рожениц и родильниц при неотложных СОСТОЯНИЯХ

[письмо Минздрава РФ от 2 октября 2015 г. № 15-4/10/2-5802]

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

1.	ЛПУ	лечебно-профилактическое учреждение
2.	ДВС	диссеминированное внутрисосудистое свёртывание (крови)
3.	ИВЛ	искусственная вентиляция лёгких
4.	ЭКМО	экстракорпоральная мембранная оксигенация
5.	АД	артериальное давление
6.	ЧСС	частота сердечных сокращений
7.	ЭКГ	электрокардиограмма
8.	ТЭЛА	тромбоэмболия лёгочной артерии
9.	ЭКО	экстракорпоральное оплодотворение

НОРМАТИВНЫЕ ПРАВОВЫЕ АКТЫ, ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ ДЛЯ РАЗРАБОТКИ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ

- приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. №919н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «анестезиология и реаниматология»;
- приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 г. №572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»;
- приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 июня 2013 г. №388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи».

При разработке клинических рекомендаций использовались материалы ведущих мировых организаций

World Health Organization, American Academy of Family Physicians, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), International Federation of Obstetrics and Gynecology (FIGO), College National des Gynecologues et Obstetriciens Francais, American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), Cochrane Reviews, рекомендации World Federation of Societies of Anaesthesiologists, American Society of Anesthesiologists, American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses, Societe francaise d'anesthesie et de reanimation, Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland, European Society of Anaesthesiology, European Society for Regional Anaesthesia, Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology, Obstetric Anaesthetists' Association (OAA), European Resuscitation Council, материалы форумов «Матьидитя», «Репродуктивный потенциал России».

ВВЕДЕНИЕ

Качественная медицинская помощь пациенткам акушерского профиля в настоящее время требует организации медицинской эвакуации беременных женщин, рожениц и родильниц в учреждения родовспоможения III группы — перинатальные центры и/или в многопрофильные ЛПУ для проведения комплексного лечения и интенсивной терапии.

В соответствии с нормативными правовыми актами объёмы медицинской эвакуации неуклонно растут, и чрезвычайно важно обеспечить максимальную безопасность пациенток на всех этапах и вместе с тем обеспечить максимально высокий уровень медицинской помощи.

Современные возможности проведения интенсивной терапии значительно сузили критерии нетранспортабельности, и чрезвычайно важно соблюдать основные принципы медицинской эвакуации беременных женщин, рожениц и родильниц группы высокого риска.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

ПОЛОЖЕНИЕ 1.

Вопрос медицинской эвакуации беременных женщин группы риска и родильниц регламентируется нормативными правовыми актами Минздрава России и органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения о маршрутизации беременных женщин группы риска и родильниц.

Перечень показаний для госпитализации беременных женщин и рожениц в акушерские отделения стационара III группы:

- преждевременные роды, включая дородовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности менее 32 недель при отсутствии противопоказаний для транспортировки;
- предлежание плаценты, подтверждённое при УЗИ в сроке 34–36 недель;
- поперечное и косое положение плода;
- преэклампсия, эклампсия;
- холестаза, гепатоз беременных;
- кесарево сечение в анамнезе при наличии признаков несостоятельности рубца на матке;
- рубец на матке после консервативной миомэктомии или перфорации матки при наличии признаков несостоятельности рубца;
- беременность после реконструктивно-пластических операций на половых органах, разрывов промежности III–IV степени при предыдущих родах;
- задержка внутриутробного роста плода II–III степени;
- изоиммунизация при беременности;
- наличие у плода врождённых аномалий (пороков развития), требующих хирургической коррекции;
- метаболические заболевания плода (требующие лечения сразу после рождения);
- водянка плода;
- тяжёлое много- и маловодие;
- заболевания сердечно-сосудистой системы (ревматические и врождённые пороки сердца вне зависимости от степени недостаточности кровообращения, пролапс митрального клапана с гемодинамическими нарушениями, оперированные пороки сердца, аритмии, миокардиты, кардиомиопатии, хроническая артериальная гипертензия);
- тромбозы, тромбоэмболии и тромбофлебиты в анамнезе и при настоящей беременности;
- заболевания органов дыхания, сопровождающиеся развитием лёгочной или сердечно-лёгочной недостаточности;
- диффузные заболевания соединительной ткани, антифосфолипидный синдром;
- заболевания почек, сопровождающиеся почечной недостаточностью или артериальной гипертензией, аномалии развития мочевыводящих путей, беременность после нефрэктомии;
- заболевания печени (токсический гепатит, острые и хронические гепатиты, цирроз печени);

- эндокринные заболевания (сахарный диабет любой степени компенсации, заболевания щитовидной железы с клиническими признаками гипо- или гиперфункции, хроническая надпочечниковая недостаточность);
- заболевания органов зрения (миопия высокой степени с изменениями на глазном дне, отслойка сетчатки в анамнезе, глаукома);
- заболевания крови (гемолитическая и апластическая анемия, тяжёлая железодефицитная анемия, гемобластозы, тромбоцитопения, болезнь Виллебранда, врождённые дефекты свёртывающей системы крови);
- заболевания нервной системы (эпилепсия, рассеянный склероз, нарушения мозгового кровообращения, состояния после перенесённых ишемических и геморрагических инсультов);
- миастения;
- злокачественные новообразования в анамнезе либо выявленные при настоящей беременности вне зависимости от локализации;
- сосудистые мальформации, аневризмы сосудов;
- перенесённые в анамнезе черепно-мозговые травмы, травмы позвоночника, таза;
- прочие состояния, угрожающие жизни беременной женщины, при отсутствии противопоказаний для транспортировки.

Перечень показаний для госпитализации беременных женщин и родильниц в гинекологическое отделение стационара III группы:

- угрожающий выкидыш в сроке до 22 недель беременности (беременные женщины с индуцированной беременностью, беременностью после ЭКО, после оперативного лечения бесплодия, с привычным невынашиванием) при наличии профилизованных палат (отделений по лечению угрозы прерывания беременности), в случае отсутствия указанных палат (отделений) женщины госпитализируются в отделения патологии беременности акушерского стационара III группы;
- угрожающий выкидыш до 22 недель беременности (беременные женщины с сопутствующими экстрагенитальными заболеваниями) при наличии профилизованных палат (отделений по лечению угрозы прерывания беременности), в случае отсутствия палат (отделений) женщины госпитализируются в отделения патологии беременности акушерского стационара III группы;
- беременные женщины с сопутствующими экстрагенитальными заболеваниями, имеющие медицинские показания для искусственного прерывания беременности (на основании приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 3 декабря 2007 г. №736 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности»);
- осложнённый инфицированный и септический аборт;
- осложнённые формы послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний;
- послеродовые кровотечения;
- доброкачественные опухоли придатков матки;

- доброкачественные опухоли матки.

ПОЛОЖЕНИЕ 2.

Медицинская эвакуация беременных женщин группы риска и родильниц осуществляется только санитарным медицинским транспортом (наземным или авиа) в зависимости от тяжести состояния пациентки и расстояния и в сопровождении медицинского персонала.

Стандарт оснащения санитарного транспорта и выездной бригады должен соответствовать ГОСТам, регламентирующим оснащение санитарного транспорта класса С, и требованиям, утверждённым приказами Минздрава России от 1 ноября 2012 г. №572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», и от 20 июня 2013 г. №388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи».

Независимо от уровня сертификации и степени владения навыками сотрудники эвакуационной бригады должны обладать общими знаниями и опытом лечения критических состояний. Кроме того, для работы с пациентками этой группы необходимы знания физиологии родов и родоразрешения, опыт применения лекарственных препаратов во время беременности и родов, знакомство с кардиомониторингом плода и навык интерпретации его данных, компетентность в проведении реанимационного пособия новорождённому.

ПОЛОЖЕНИЕ 3.

Критические состояния у пациенток акушерского профиля требуют обязательной медицинской эвакуации в родильный дом, перинатальный центр и многопрофильные ЛПУ, имеющие в своём составе отделения анестезиологии и реанимации. К основным состояниям и заболеваниям, требующим проведения мероприятий по реанимации и интенсивной терапии женщин в период беременности, родов и в послеродовой период, относятся:

- острые расстройства гемодинамики различной этиологии (острая сердечно-сосудистая недостаточность, гиповолемический шок, септический шок, кардиогенный шок, травматический шок);
- пре- и эклампсия;
- HELLP-синдром;
- острый жировой гепатоз беременных;
- ДВС-синдром;
- послеродовой сепсис;
- сепсис во время беременности любой этиологии;
- ятрогенные осложнения (осложнения анестезии, трансфузионные осложнения и так далее);
- пороки сердца с нарушением кровообращения I степени, лёгочной гипертензией или другими проявлениями декомпенсации;

- миокардиодистрофия, кардиомиопатия с нарушениями ритма или недостаточностью кровообращения;
- сахарный диабет с трудно корригируемым уровнем сахара в крови и склонностью к кетоацидозу;
- тяжёлая анемия любого генеза;
- тромбоцитопения любого происхождения;
- острые нарушения мозгового кровообращения, кровоизлияния в мозг;
- тяжёлая форма эпилепсии;
- миастения;
- острые расстройства функций жизненно важных органов и систем (центральной нервной системы, паренхиматозных органов), острые нарушения обменных процессов.

Транспортабельность данной категории пациенток зависит от конкретной клинической ситуации, оценивается и осуществляется только врачом анестезиологом-реаниматологом. Начатая на месте интенсивная терапия продолжается во время транспортировки.

ПОЛОЖЕНИЕ 4.

При определении нетранспортабельности пациентки акушерского профиля необходимо обеспечить адекватный уровень оказания помощи на месте (консультация смежных специалистов, оперативные вмешательства, протезирование жизненно важных функций организма [ИВЛ, диализ и т.д.], лекарственное обеспечение).

К абсолютным противопоказаниям к медицинской эвакуации можно отнести:

- агональное состояние пациентки;
- несостоятельность хирургического гемостаза, продолжающееся кровотечение;
- отёк головного мозга с прогрессированием дислокационного синдрома;
- прогрессирующую отслойку плаценты;
- рефрактерный шок любого генеза;
- рефрактерную к ИВЛ декомпенсированную дыхательную недостаточность при невозможности обеспечения ЭКМО;
- острые дислокационные синдромы в грудной клетке до возможности их разрешения.

ПОЛОЖЕНИЕ 5.

При медицинской эвакуации ЛПУ, которое отправляет «от себя», и бригада, которая будет осуществлять транспортировку, должны определить, к какой группе можно отнести пациентку, и обеспечить максимальную безопасность (табл. 1).

Таблица 1

Группы пациенток и условия медицинской эвакуации

Группа пациенток	Причина межгоспитальной транспортировки	Мероприятия
Группа А	Регламентирующие нормативные правовые акты	Любой санитарный транспорт. Автомобили класса А и В. Не требуется предтранспортировка подготовка, мониторинг жизненно важных функций организма и проведение лекарственной терапии. Достаточный уровень сопровождения — фельдшерская или врачебная общепрофильная выездная бригада скорой медицинской помощи
Группа Б	Нормативные правовые акты, регламентирующие проведение мероприятий по реанимации и интенсивной терапии женщин в период беременности, родов и в послеродовой период	Специализированная выездная бригада скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации. Автомобиль класса С. Требуется предтранспортировка подготовка. Обязательный мониторинг: АД, ЧСС, пульсоксиметрия, ЧСС плода. При необходимости ЭКГ, капнометрия, температура тела, диурез. Должна быть возможность проведения ИВЛ и микроструйного введения препаратов, инфузионной терапии, обезболивания и седации. Обязательное сопровождение: врач анестезиолог-реаниматолог, врач акушер-гинеколог
Группа В	Развитие угрожающего жизни состояния (остановка сердца, аритмия,	Любой санитарный транспорт. Главная цель — максимально

Группа пациенток	Причина межгоспитальной транспортировки	Мероприятия
	ТЭЛА, кровотечение, эклампсия, кома, травма и т.д.) в амбулаторных условиях или вне лечебного учреждения. Отказ от транспортировки в ЛПУ — только констатация смерти	быстрая доставка в ближайшее ЛПУ (хирургический стационар, роддом). При необходимости — проведение сердечно-лёгочной реанимации во время транспортировки. Родоразрешение может быть проведено в любом ЛПУ. Максимально быстрое консультирование из ЛПУ III группы и обеспечение необходимого уровня медицинской помощи на месте. Уровень сопровождения — все медицинские работники. При необходимости дальнейшей перегоспитализации — как пациенток группы Б.

ПОЛОЖЕНИЕ 6.

В процессе медицинской эвакуации необходима готовность к выявлению и устранению (коррекции) возможных осложнений. Во время транспортировки до 31% инцидентов классифицированы как значительные, до 79% требуют вмешательства персонала, предотвратимыми можно считать 52–91%.

К таким осложнениям относятся:

- гемодинамическая нестабильность: гипотензия, гипертензия, жизнеугрожающие нарушения ритма сердца, асистолия (6–24%);
- респираторная нестабильность: прогрессирующая гипоксемия, бронхоспазм, пневмоторакс, непреднамеренная экстубация, бронхиальная интубация, десинхронизация с аппаратом ИВЛ (0–15%);
- неврологическая нестабильность: возбуждение, ажитация, прогрессирующие угнетение сознания и внутричерепной гипертензии;
- наведённая гипотермия;
- отказ медицинского оборудования (9–36%);
- «человеческий фактор».

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 г. №572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)». ↩
2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 августа 2013 г. №549н «Об утверждении требований к комплектации лекарственными препаратами и медицинскими изделиями упаковок и наборов для оказания скорой медицинской помощи». ↩
3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 июня 2013 г. №388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи». ↩
4. Anesthesia outside of the operating room / R.D. Urman, W.L. Gross, B.K. Philip. — Oxford University press, inc., 2011. — 360 p. ↩
5. Blakeman T.C., Branson R.D. Inter- and intra-hospital transport of the critically ill // *Respir. Care.* — 2013. — Jun. — Vol. 58. — №6. — P. 1008–1023. ↩
6. Booth A., Steel A., Klein J. Anaesthesia and pre-hospital emergency medicine // *Anaesthesia.* — 2013. — Jan. — Vol. 68. — Suppl. 1. — P. 40–48. ↩
7. Cypress B.S. Transfer out of intensive care: an evidence-based literature review // *Dimens. Crit. Care Nurs.* — 2013. — Sep-Oct. — Vol. 32. — №5. — P. 244–261. ↩
8. Droogh J.M., Smit M., Absalom A.R. et al. Transferring the critically ill patient: are we there yet? // *Crit. Care.* — 2015. — Feb 20. — Vol. 19. — P. 62. ↩
9. Fanara B., Manzon C., Barbot O. et al. Recommendations for the intrahospital transport of critically ill patients // *Crit. Care.* — 2010. — Vol. 14. — №3. — P. R87–R96. ↩
10. Guidelines Committee of the American College of Critical Care Medicine, Society of Critical Care Medicine and American Association of Critical-Care Nurses Transfer Guidelines Task Force. Guidelines for the transfer of critically ill patients // *Crit. Care Med.* — 1993. — Vol. 21. — P. 931–937. ↩
11. Intensive Care Society. Guidelines for the transport of the critically ill adult. — 3rd ed. — 2011. — URL: <http://www.ics.ac.uk>. ↩
12. Iwashyna T.J., Courey A.J. Guided transfer of critically ill patients: where patients are transferred can be an informed choice // *Curr. Opin. Crit. Care.* — 2011. — Dec. — Vol. 17. — №6. — P. 641–647. ↩
13. Iwashyna T.J. The incomplete infrastructure for interhospital patient transfer // *Crit. Care Med.* — 2012. — Vol. 40. — №8. — P. 2470–2478. ↩

14. Papson J.N.P., Russell K.L., Taylor D.M. Unexpected events during the intrahospital transport of critically ill patients // Acad. Emerg. Med. — 2007. — Vol. 14. — №6. — P. 574–755. [↩](#)
15. SIAARTI Study Group for Safety in Anesthesia and Intensive Care. Recommendations on the transport of critically ill patients // Minerva Anesthesiol. — 2006. — Vol. 72. — №10. — P. 37–57. [↩](#)
16. Stevenson V.W., Haas C.F., Wahl W.L. Intrahospital transport of the adult mechanically ventilated patient // Respir. Care Clin. N. Am. — 2002. — Vol. 8. — №1. — P. 1–35. [↩](#)
17. . Uusaro A., Parviainen I., Takala J. et al. Safe long-distance interhospital ground transfer of critically ill patients with acute severe unstable respiratory and circulatory failure // Intensive Care Med. — 2002. — Vol. 28. — P. 1122–1125. [↩](#)
18. Warren J., Fromm R.E., Orr R.A. et al. Guidelines for the inter- and intrahospital transport of critically ill patients // Crit. Care Med. — 2004. — Vol. 32. — №1. — P. 256–262. [↩](#)