

КРИТЕРИИ КАЧЕСТВА ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ: ОБОСНОВАНИЕ ОЦЕНКИ И ПРАКТИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ

Н.Н.Баранова^{1,2}, С.Ф.Гончаров^{1,2}

¹ ФГБУ «Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» Минздрава России, Москва, Россия

² ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва, Россия

Резюме. Цель исследования – дать научно обоснованную оценку критериям качества проведения медицинской эвакуации (МЭ) и их практического применения в догоспитальном периоде.

Материалы и методы исследования. Материалами исследования стали результаты анкетирования 683 экспертов-специалистов с целью дать оценку в баллах критериям качества проведения МЭ по 10 позициям.

Результаты исследования и их анализ. Выявлены 4 позиции для формирования критериев качества проведения МЭ в догоспитальном периоде в режимах повседневной деятельности и чрезвычайной ситуации (ЧС). Представлены критерии качества проведения МЭ в догоспитальном периоде, отобранные по максимальной балльной оценке экспертов.

Сделан вывод, что развитие системы медицинской эвакуации требует комплексного решения межведомственных медицинских и междисциплинарных проблемных вопросов, четкой корректировки при их реализации, дальнейшего научного и методологического сопровождения.

Ключевые слова: анкетирование, госпитальный период, догоспитальный период, критерии качества, медицинская эвакуация, оценка в баллах, позиции, режим повседневной деятельности, режим чрезвычайной ситуации, эксперты

Конфликт интересов / финансирование

Авторы статьи подтверждают отсутствие конфликта интересов / финансовой поддержки, о которых необходимо сообщить.

Для цитирования: Баранова Н.Н., Гончаров С.Ф. Критерии качества проведения медицинской эвакуации: обоснование оценки и практического применения // Медицина катастроф. 2019. №4. С. 38–42, <https://doi.org/10.33266/2070-1004-2019-4-38-42>

Original article

QUALITY CRITERIA FOR MEDICAL EVACUATION: SUBSTANTIATION OF ASSESSMENT AND OF PRACTICAL USE

N.N.Baranova^{1,2}, S.F.Goncharov^{1,2}

¹ The Federal State Budgetary Institution "All-Russian Centre for Disaster Medicine "Zaschita" of Health Ministry of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation

² Federal State Budgetary Educational Institution of Further Professional Education "Russian Medical Academy of Postgraduate Education" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation

Abstract. The aim of the study – to provide a scientifically based assessment of the quality criteria of medical evacuation and their practical use at the prehospital period.

Materials and methods of research. the results of a survey of 683 experts-specialists in order to assess in points the quality criteria of the medical evacuation on 10 positions were used as the materials of the study.

Research results and their analysis – four positions for formation of criteria of quality of carrying out medical evacuation at the prehospital period in modes of daily activity and of an emergency situation are revealed. The criteria of quality of medical evacuation at the prehospital period, selected by the maximum score of experts, are presented.

It is concluded that the development of the medical evacuation system requires a comprehensive solution of interagency medical and interdisciplinary problems, a clear adjustment in the course of their implementation, further scientific and methodological support.

Key words: assessment in points, emergency mode, experts, hospital period, medical evacuation, mode of daily activity, positions, prehospital period, quality criteria, questionnaire

Conflict of interest / Acknowledgments. The authors declare no conflict of interest / The study has not sponsorship.

For citation: Baranova N.N., Goncharov S.F. Quality Criteria for Medical Evacuation: Substantiation of Assessment and of Practical Use. *Medicina katastrof*=Disaster Medicine. 2019; 4: 38–42 (In Russ.), <https://doi.org/10.33266/2070-1004-2019-4-38-42>

Контактная информация:

Баранова Наталья Николаевна – кандидат медицинских наук, главный врач Центра медицинской эвакуации и экстренной медицинской помощи ВЦМК «Защита»

Адрес: Россия, 123182, Москва, ул. Щукинская, 5

Тел.: +7 (499) 190-63-78

E-mail: baranova74@mail.ru

Contact information:

Natalia N. Baranova – Candidate of Medical Science, Medical Director of Centre of Medical Evacuation and Emergency Medical Care of All-Russian Centre for Disaster Medicine "Zaschita"

Address: Russia, 5, Schukinskaya str., Moscow, 123182

Phone: +7 (499) 190-63-78

E-mail: baranova74@mail.ru

Актуальность проблемы модернизации первичного звена здравоохранения в полной мере охватывает вопросы оказания экстренной медицинской помощи (ЭМП) и организации проведения медицинской эвакуации (МЭ) как в режиме повседневной деятельности, так и при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций – ЧС [1, 2].

Сегодня и в России, и за рубежом все больше внимания уделяется многоплановой деятельности по реализации мероприятий и технологий, обеспечивающих развитие системы медицинской эвакуации, в том числе санитарно-авиационной, в догоспитальном и госпитальном периодах медицинского обеспечения населения, пострадавшего при авариях, катастрофах, стихийных бедствиях, террористических актах и вооруженных конфликтах [3, 4].

Эта позиция понятна, так как медицинская эвакуация является неотъемлемой частью и ключевой составляющей эффективности всего комплекса лечебно-эвакуационных мероприятий при ЧС, когда доля нуждающихся в оказании медицинской помощи и лечении в условиях стационарных лечебных учреждений достигает 60,0–70,0% [5, 6].

В настоящее время ряд организационных и клинических вопросов медицинской эвакуации нуждается в научной проработке.

Цель исследования – дать научно обоснованную оценку критериям качества проведения медицинской эвакуации и их практического применения в догоспитальном периоде.

Для создания моделей ЭМП и медицинской эвакуации, адекватных вызовам ЧС, требуется научно обоснованная оценка критериев качества выездных форм работы для разработки организационных мероприятий по реализации принципов маршрутизации.

Отсутствие таких критериев не позволяет осуществлять мониторинг и давать оценку мероприятий по своевременному оказанию конкретного вида медицинской помощи в конкретной форме в конкретно складывающихся условиях ЧС.

Материалы и методы исследования. Ранее нами было предложено включить в перечень 10 базовых позиций, на основании которых целесообразно разрабатывать критерии качества проведения МЭ.

Проведено анкетирование 683 экспертов-специалистов с целью дать оценку в баллах (от 1 до 5 баллов) каждому критерию качества проведения МЭ по 10 позициям.

Принимая во внимание важность каждой из 10 предложенных позиций и важность каждого критерия качества проведения медицинской эвакуации, которые раскрывают каждую позицию, нами принято решение провести промежуточный анализ полученных статистических данных для выбора четырех наиболее значимых позиций (с критериями), которые можно применить на практике для оценки качества проведения МЭ в догоспитальном периоде, особенно при ЧС (табл. 1).

Для сравнения в качестве примера приведены 4 позиции (с критериями), выбранные экспертами в качестве оценки качества проведения медицинской эвакуации в госпитальном периоде. В основе выбора – максимальный балл, поставленный экспертами позициям и соответствующим критериям (1-е, 2-е, 3-е и 4-е место) с учетом стандартного отклонения (погрешности) по каждой оцененной позиции (критерию).

Результаты исследования и их анализ. Выявлены 4 позиции для формирования критериев качества проведения медицинской эвакуации в догоспитальном периоде в режиме ЧС:

- своевременность проведения медицинской эвакуации;
- организация медицинской эвакуации;
- защита медицинского персонала;
- маршрутизация медицинской эвакуации (табл. 2).

Для режима повседневной деятельности в догоспитальном периоде на 3-е место вместо позиции «защита медицинского персонала при МЭ» поставлена позиция «набор медицинского оборудования, оснащения» выездных бригад. По нашему мнению, такое решение экспертов вполне оправданно – безопасность медицинского персонала при работе в ЧС (различные повреждающие факторы ЧС, действие которых может продолжаться и во время ликвидации медико-санитарных последствий) может стать критерием качества проведения медицинской эвакуации в догоспитальном периоде при ЧС. Напротив, при работе в режиме повседневной деятельности в догоспитальном периоде степень безопасности медицинского персонала будет иметь меньшее значение, чем оснащенность выездных бригад.

Для сравнения: в госпитальном периоде для режима ЧС (межбольничная эвакуация) выбраны те же позиции, что и для догоспитального периода, за исключением защиты медицинского персонала выездных бригад, что также оправданно – при межбольничной эвакуации степень угрозы сводится к минимуму; при работе в режиме повседневной деятельности в госпитальном периоде значение приобретает позиция «подготовка пациента к эвакуации», а не позиция «маршрутизация медицинской эвакуации». По мнению авторов, подготовка пациента в госпитальном периоде является одной из основных позиций, однако при этом не следует уменьшать значения маршрутизации медицинской эвакуации в госпитальном периоде. Необходимо отметить, что для принятия решения по маршрутизации в госпитальном периоде медицинские специалисты располагают большим запасом времени, чем в догоспитальном периоде.

Следует также отметить, что позиции «оценка причин осложнений состояния пациента в ходе медицинской эвакуации» в качестве критерия качества придается наименьшее значение, особенно для догоспитального периода, с чем отчасти можно согласиться, так как в силу тяжести состояния пациента и невозможности полностью стабилизировать его состояние на месте события медицинская эвакуация становится вынужденной мерой (см. табл. 1, поз. №8). В таких случаях осложнения в состоянии пациента в ходе проведения МЭ не всегда являются причиной действий медицинского персонала выездной бригады. По мнению экспертов, отчасти эту позицию можно использовать для оценки качества проведения МЭ в госпитальном периоде при работе в режиме повседневной деятельности, что вполне оправданно.

При выборе четырех основных позиций для формирования критериев качества проведения медицинской эвакуации «нейтральными» остались позиции № 3, 4, 7 (см. табл. 1).

Указанные позиции вместе с минимально оцененной позицией №8 будут учтены нами при дальнейшем анализе результатов анкетирования для объективной оценки возможности их использования в качестве критериев проведения МЭ. Для практического применения критериев качества проведения МЭ в догоспитальном периоде остановимся на детальном анализе четырех позиций (см. табл. 2).

Так, среди критериев качества, отражающих позицию «своевременность проведения медицинской эвакуации», наибольшее значение для режима ЧС в догоспитальном периоде имеют:

- соблюдение сроков от начала осмотра пациента до начала медицинской эвакуации;
- соблюдение сроков продолжительности медицинской эвакуации;
- своевременность выделения необходимого транспорта для проведения медицинской эвакуации (табл. 3).

Поскольку в настоящее время данные критерии нами уже приняты и используются при мониторинге проведения медицинской эвакуации пострадавших в ЧС и составлении технического задания для диспетчеризации объединенных региональных центров скорой медицинской помощи и медицины катастроф (РЦ СМП МК), вести учет данных параметров не представляет трудностей.

В режиме повседневной деятельности в догоспитальном периоде большее значение придается критерию «соблюдение «терапевтического окна» для проведения МЭ, а не критерию «соблюдение сроков медицинской эвакуации», с чем трудно согласиться.

Так или иначе, в догоспитальном периоде ожидание сроков наступления «терапевтического окна» является неприемлемым – данный критерий скорее может отражать качество проведения МЭ в госпитальном периоде, на что указало большинство экспертов.

Для позиции «организация медицинской эвакуации» в догоспитальном периоде при работе в режиме ЧС эксперты предложили и оценили следующие критерии качества проведения медицинской эвакуации:

Таблица 1

Перечень позиций и критериев качества МЭ, предложенных при анкетировании 683 экспертов

№	Позиция	Критерии
1.	Оценка качества подготовки пациента к МЭ	Транспортабельность пациента Медицинская сортировка на месте события Соответствие стандартам объема диагностических мероприятий Правильность постановки диагноза Соответствие стандартам объема лечебных мероприятий Проведение очных консультаций Проведение телемедицинских консультаций
2.	Оценка качества маршрутизации МЭ	Количество этапов медицинской эвакуации Обоснованность госпитализации в данный стационар Обоснованность перевода в другой стационар Выбор вида транспорта в зависимости от состояния пациента Выбор вида транспорта в зависимости от возможностей лечебной медицинской организации – ЛМО Выбор вида транспорта в зависимости от иных факторов
3.	Оценка качества выбора тактики медицинской помощи	Соответствие стандартам медицинской помощи Соответствие клиническим рекомендациям Соответствие длительности предстоящей МЭ
4.	Оценка качества состава бригады медицинских специалистов	Соответствие уровня квалификации медицинских специалистов патологии пациента Соответствие специализации медицинских специалистов патологии пациента Соответствие числа медицинских специалистов патологии пациента Соответствие стажа и опыта работы медицинских специалистов патологии пациента
5.	Оценка качества набора медицинского оборудования, оснащения	Соответствие Порядку оказания медицинской помощи Соответствие тяжести и профилю патологии пациента Соответствие длительности предстоящей МЭ
6.	Оценка качества своевременности проведения МЭ	Соблюдение «терапевтического окна» для проведения МЭ Соблюдение сроков от начала осмотра до начала МЭ Соблюдение сроков продолжительности МЭ Своевременность планирования и проведения межбольничной МЭ Своевременность выделения необходимого транспорта для МЭ
7.	Оценка состояния пациента после проведения МЭ	Улучшение/ухудшение общего состояния пациента Улучшение/ухудшение показателей гемодинамики Улучшение/ухудшение лабораторных показателей
8.	Оценка причин осложнений состояния пациента в ходе медицинской эвакуации	Недооценка тяжести состояния пациента Неквалифицированные действия медицинского персонала Недостаточная подготовка пациента к эвакуации Плохо организованная МЭ Неправильный выбор транспорта Причины, связанные с работой медицинского оборудования Причины, связанные с дефицитом медикаментов
9.	Защита медицинского персонала	Учет радиологических, химических, биологических угроз при подготовке и проведении МЭ
10.	Оценка качества организации МЭ	Своевременность информирования о необходимости проведения МЭ Своевременность документооборота при организации МЭ Своевременность принятия решения о необходимости проведения МЭ Своевременность выделения транспорта для проведения МЭ Своевременность организации очных или телемедицинских консультаций Своевременность привлечения дополнительных сил и средств для МЭ Обеспечение эпидемиологической и инфекционной безопасности при проведении МЭ

- своевременность информирования о необходимости проведения медицинской эвакуации;
- своевременность принятия решения о необходимости проведения медицинской эвакуации;
- своевременность выделения транспорта для медицинской эвакуации (табл. 4).

Выбор данных критериев является дискуссионным. По мнению наших специалистов, среди оставшихся из предложенных критериев для догоспитального периода в режиме ЧС вполне можно использовать также «своевременность привлечения дополнительных сил и средств для проведения медицинской эвакуации», особенно при большом числе пострадавших (см. табл. 1, поз. 10).

Для догоспитального периода при работе в режиме повседневной деятельности более высокая оценка в баллах дается критерию «обеспечение эпидемиологической и инфекционной безопасности при проведении медицинской эвакуации», а не критерию «своевременность выделения транспорта для медицинской эвакуации». С точки зрения наших специалистов, данный выбор оправдан: при ЧС медицинский транспорт выделяется своевременно и в достаточном количестве, а медицинский персонал должен быть защищен от воздействия химических, биологических (БА) и радиационных агентов (табл. 5).

Соблюдение эпидемиологической и инфекционной безопасности наиболее важно при работе в режиме повседневной деятельности в догоспитальном периоде,

когда о наличии таких угроз имеется соответствующая информация и выездные бригады могут быть дооснащены. Хотя могут быть и исключения – наличие БА при работе в режиме ЧС с большим числом пострадавших, особенно при вооруженных конфликтах.

По результатам экспертной оценки позиция «набор медицинского оборудования» приобретает значение только для формирования следующих критериев качества проведения МЭ при работе в режиме повседневной деятельности в догоспитальном периоде:

- соответствие Порядку оказания данного вида медицинской помощи;
- соответствие тяжести и профилю патологии пациента;
- соответствие длительности медицинской эвакуации (табл. 6).

Таблица 4

Критерии качества, отражающие организацию медицинской эвакуации в догоспитальном периоде, отобраны в соответствии с максимальной балльной оценкой экспертов

Критерии	Режим повседн. деят.		Режим ЧС	
	средний балл	станд. отклонение, σ	средний балл	станд. отклонение, σ
Своевременность информирования о необходимости проведения МЭ	4,45	0,94	4,54	0,89
Своевременность принятия решения о необходимости проведения МЭ	4,50	0,88	4,61	0,78
Своевременность выделения транспорта для МЭ	–	–	4,48	0,90
Обеспечение эпидемиологической и инфекционной безопасности при проведении МЭ	4,45	0,94	–	–

Таблица 2

Перечень позиций для формирования критериев качества проведения медицинской эвакуации в догоспитальном периоде, отобраны в соответствии с максимальной балльной оценкой экспертов

Место	Позиция	Режим повседн. деят.		Режим ЧС	
		средний балл	станд. отклонение, σ	средний балл	станд. отклонение, σ
1.	Своевременность проведения МЭ	4,40	0,87	4,56	1,00
2.	Организация МЭ	4,32	0,92	4,46	0,99
3.	Набор медицинского оборудования, оснащения	4,26	1,07	–	–
3.	Защита медицинского персонала при МЭ	–	–	4,35	1,15
4.	Маршрутизация МЭ	4,23	1,13	4,25	1,14

Таблица 3

Критерии качества, отражающие своевременность проведения медицинской эвакуации в догоспитальном периоде, отобраны в соответствии с максимальной балльной оценкой экспертов

Критерии	Режим повседн. деят.		Режим ЧС	
	средний балл	станд. отклонение, σ	средний балл	станд. отклонение, σ
Соблюдение «терапевтического окна» для проведения МЭ	4,21	1,09	–	–
Соблюдение сроков от начала осмотра до начала МЭ	4,25	1,08	4,24	1,06
Соблюдение сроков продолжительности МЭ	–	–	4,19	1,07
Своевременность выделения необходимого транспорта для МЭ	4,26	1,08	4,40	0,99

Таблица 6

Критерии качества, отражающие набор медицинского оборудования, оснащение выездных бригад для проведения медицинской эвакуации в догоспитальном периоде, отобраны в соответствии с максимальной балльной оценкой экспертов

Критерии	Режим повседн. деят.		Режим ЧС	
	средний балл	станд. отклонение, σ	средний балл	станд. отклонение, σ
Соответствие Порядку оказания медицинской помощи	4,28	1,02	–	–
Соответствие тяжести и профилю патологии	4,26	1,01	–	–
Соответствие длительности МЭ	4,17	1,09	–	–

В качестве примера – все 3 критерия качества проведения медицинской эвакуации по предложенной позиции определены и для госпитального периода при работе в режимах повседневной деятельности и ЧС.

По нашему мнению, оснащение выездных бригад имеет большое значение, в том числе и в режиме ЧС в догоспитальном периоде, особенно оснащение бригад, прибывающих в числе первых на место ЧС для оказания ЭМП наиболее тяжелым пациентам. Данные критерии качества проведения МЭ будут обоснованы при более глубоком анализе результатов анкетирования (ранжирование экспертов).

Единственный критерий качества проведения медицинской эвакуации, предложенный для позиции «защита медицинского персонала», определен в качестве основного именно для догоспитального периода в режиме ЧС – см. табл. 5. Мнение наших специалистов полностью совпадает с мнением экспертов.

Критерии качества проведения медицинской эвакуации, отражающие позицию «маршрутизация медицинской эвакуации» для догоспитального периода, представлены в табл. 7. Эксперты поставили данную позицию на 4-е место по значимости, однако, по мнению наших

специалистов, она является одной из ключевых при организации и проведении МЭ и формировании критериев её качества. Для режима ЧС наиболее значимыми являются:

- количество этапов медицинской эвакуации;
- обоснованность госпитализации в данную лечебную медицинскую организацию (ЛМО);
- выбор транспорта в зависимости от состояния пациента.

Для режима повседневной деятельности вместо критерия «количество этапов МЭ» приобретает значение критерий «выбор вида транспорта в зависимости от возможностей лечебной медицинской организации». В данном случае можно согласиться с мнением экспертов: в режиме повседневной деятельности можно использовать вертолет для проведения МЭ непосредственно в профильную ЛМО, избегая многоэтапности, а в режиме ЧС, часто в условиях дефицита времени и при большом числе пострадавших, трудно избежать доставки пациентов в ЛМО 1-го уровня для стабилизации их состояния и дальнейшей повторной эвакуации на более высокий уровень – в медицинские центры 3-го уровня, выбирая транспорт в зависимости от состояния пациента.

Следует подчеркнуть, что в госпитальном периоде эксперты придают значение маршрутизации медицинской эвакуации только при работе в режиме ЧС, объясняя это отсутствием проблем с маршрутизацией при проведении плановой межбольничной эвакуации, в частности, отсутствием дефицита времени для принятия решений, с чем отчасти можно согласиться.

При проведении статистического анализа обращает на себя внимание факт равномерного распределения величин, свидетельствующий о достаточно единодушном мнении всех специалистов-экспертов по обсуждаемым позициям.

Критерии Р (Пи) – уровень значимости – везде $< 0,05$, что позволяет судить о статистической значимости (достоверности) полученных результатов.

В заключение ещё раз необходимо обратить внимание на то, что развитие системы медицинской эвакуации как в условиях повседневной деятельности, так и при ликвидации последствий кризисных ситуаций, особенно вооруженных конфликтов и терактов, требует комплексного решения межведомственных медицинских и междисциплинарных проблемных вопросов, четкой корректировки при их реализации, дальнейшего научного и методологического сопровождения.

Таблица 7

Критерии качества, отражающие маршрутизацию медицинской эвакуации в догоспитальном периоде, отобраны в соответствии с максимальной балльной оценкой экспертов

Критерии	Режим повседн. деят.		Режим ЧС	
	средний балл	станд. отклонение, σ	средний балл	станд. отклонение, σ
Количество этапов медицинской эвакуации	–	–	3,86	1,24
Обоснованность госпитализации в данную ЛМО	4,17	1,14	3,97	1,23
Обоснованность перевода в другую ЛМО	–	–	–	–
Выбор вида транспорта в зависимости от состояния пациента	4,05	1,12	3,92	1,26
Выбор вида транспорта в зависимости от возможностей ЛМО	3,83	1,23	–	–
Выбор вида транспорта в зависимости от иных факторов	–	–	–	–

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. О модернизации первичного звена здравоохранения: Поручение Президента Российской Федерации В.В.Путина от 2 сентября 2019 г. №Пр-1755.
2. О принципах модернизации первичного звена здравоохранения: Постановление Правительства Российской Федерации от 8 октября 2019 г. №1304.
3. Медицинская эвакуация в системе ликвидации медико-санитарных последствий кризисных ситуаций / Баранова Н.Н., Бобий Б.В., Гончаров С.Ф., Кипор Г.В., Фисун А.Я. // Медицина катастроф. 2018. №1. С. 5–14.
4. Медицинская эвакуация / Баранова Н.Н., Бобий Б.В., Быстров М.В., Гончаров С.Ф. и др. // Информационный сборник «Медицина катастроф. Служба медицины катастроф». 2017. №2. С. 1–8.
5. Баранова Н.Н. Медицинская эвакуация пострадавших: состояние, проблемы. Сообщение 1 // Медицина катастроф. 2018. №4. С. 37–40.
6. Баранова Н.Н. Медицинская эвакуация пострадавших: состояние, проблемы. Сообщение 2 // Медицина катастроф. 2019. №1. С. 42–46.

REFERENCES

1. On the modernization of the primary health care sector: Order of the President of the Russian Federation Vladimir Putin dated September 2, 2019, No. Pr-1755 (In Russ.).
2. On the principles of modernization of primary health care: Resolution of the Government of the Russian Federation dated October 8, 2019, No. 1304 (In Russ.).
3. Baranova N.N., Bobiy B.V., Goncharov S.F., Kipor G.V., Fisun A.Ya. Medical Evacuation within System of Liquidation of Medical and Sanitary Consequences of Crisis Situations. *Meditsina katastrof = Disaster medicine*. 2018; 1: 5–14 (In Russ.).
4. Baranova N.N., Bobiy B.V., Byistrov M.V., Goncharov S.F. et al. Medical Evacuation. *Meditsina katastrof, Sluzhba meditsiny katastrof = Disaster medicine. Service for Disaster Medicine*. 2017; 2: 1–8 (In Russ.).
5. Baranova N.N. Medical Evacuation of Victims: their State, Problems. Report 1. *Meditsina katastrof = Disaster medicine*. 2018; 4: 37–40 (In Russ.).
6. Baranova N.N. Medical Evacuation of Victims: Their State, Problems. Report 2. *Meditsina katastrof = Disaster medicine*. 2019; 1: 42–46 (In Russ.). <https://doi.org/10.33266/2070-1004-2019-1-42-46>

Материал поступил в редакцию 15.11.19; статья принята к публикации 27.11.19