

5. Среднее время, затраченное на безрезультатный вызов – 15 минут. Общее время, затраченное на безрезультатные вызовы – 140 часов 1 минута.

6. Среди результатов выезда важно отметить, что в 24,05% случаев пациент не обнаружен на месте вызова, в 12,5% случаев пациент отказывался от осмотра, в 7,01% пациент не открыл дверь.

7. Больше всего вызовов оформили родственники пациентов – 34,09%, 33,90% вызовов поступили от окружающих пациента людей, в 21,59% случаев пациент вызвал скорую помощь самостоятельно.

8. Выезды на вызовы с результатом 02, 05 и 08 вместе составляют почти половину в структуре выездов на безрезультатные вызовы и на них затрачено за указанный период 69 часов 45 минут.

9. На основании полученных данных можно сделать заключение о низкой ответственности и сознательности граждан, вызывающих бригады СМП без достаточных на то оснований или к пациентам, помощь которым не требуется в принципе.

## **СПИСОК ИСТОЧНИКОВ**

1. Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи: приказ Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 20.06.2013г. №388н. – URL: [https://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_151082/](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_151082/) (дата обращения 23.03.2024). Текст: электронный.
2. Об утверждении статистического инструментария станции (отделения), больницы скорой медицинской помощи: приказ Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 02.12.2009г. №942. – URL: <https://www.consultant.ru/search/> (дата обращения 23.03.2024). Текст: электронный.
3. Овечкин П.Г. Повод к вызову скорой помощи: человек лежит на улице. Разговор о наболевшем / П.Г. Овечкин, Л.А. Иордан, А.С. Кобякова // Здравоохранение Югры: опыт и инновации. 2022. - №3 – С. 8-11.
4. Захаров, П. Д. Экономические и правовые аспекты безрезультатного (ложного) вызова скорой помощи / П. Д. Захаров, А. О. Захарова // Актуальные вопросы современной медицины: Материалы II Дальневосточного медицинского молодежного форума, Хабаровск, 02–05 октября 2018 года / Под редакцией Е.Н. Сазоновой. – Хабаровск: Дальневосточный государственный медицинский университет, 2018. – С. 139-141.
5. Анализ безрезультатных вызовов МБУЗ "Скорая медицинская помощь" в г. Комсомольске-на-Амуре по данным за 2008-2010 годы / Д. В. Архандеев, И. Н. Ляхов, Д. В. Лепилин [и др.] // Здравоохранение Дальнего Востока. – 2012. – № 1(51). – С. 44-45.

## **Сведения об авторах**

А.С. Киселев\* – врач-ординатор  
М.И. Кривошеев – врач-ординатор  
А.И. Карайченцев - врач-ординатор СМП  
Д.Ф. Хусаинова - кандидат медицинских наук, доцент

## **Information about the authors**

A.S. Kiselev\* – Postgraduate student  
M.I. Krivosheev – Postgraduate student  
A.I. Karaichentsev - Postgraduate student  
D.F. Khusainova – Candidate of Sciences (Medicine), Associate Professor

\*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):  
artemki3elev@gmail.com

УДК 616.151.511

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ЛЕЧЕНИЕ НОВОРОЖДЕННОГО С СИМПТОМАТИЧЕСКИМ АОРТАЛЬНЫМ ТРОМБОЗОМ**

Кулемин Максим Эдуардович, Панин Иван Сергеевич, Вирко Виктор Андреевич

Научная рота ГВМУ

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Минобороны России

Санкт-Петербург, Россия

## **Аннотация**

**Введение.** В связи с отсутствием большого мирового опыта и единого мнения по лечению новорожденных детей с симптоматическим аортальным тромбозом представляет интерес собственное клиническое наблюдение. **Цель исследования** – представить описание собственного опыта лечения редкой нозологической формы заболевания, с целью расширения базы знаний о возможных вариантах тактики ведения подобной группы пациентов.

**Материал и методы.** Для описания клинического случая использована медицинская документация пациента Б., проходившего лечение на базе клиники ФГБВОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. Поиск литературных данных и обзор схожих клинических

случаев был совершен на платформах PubMed, Cochrane, КиберЛенинка, Elibrary.ru. **Результаты.** В статье представлен клинический случай развития симптоматического аортального тромбоза у новорожденного 13 суток жизни с развитием ишемии, угрожающей нижним конечностям, и полным тромбозом левой почечной артерии. После неэффективности системной тромболитической терапии пациенту было проведено оперативное лечение: тромбэкстракция. В послеоперационном периоде отмечена стабилизация состояния пациента, ограничение зон некроза нижних конечностей без их дальнейшего увеличения. В ходе диагностики у пациента выявлен генотип риска нарушения свертываемости крови в системах плазменного и сосудисто-тромбоцитарного звеньев гемостаза, которые в сочетании с воздействием неблагоприятного внешнего триггерного фактора могли стать причиной развития тромбоза у описанного пациента. **Выводы.** Учитывая отсутствие большой доказательной базы по применению тех или иных протоколов лечения данной когорты пациентов, все решения по тактике ведения таких больных необходимо принимать мультидисциплинарной командой специалистов, беря во внимание особенности каждого конкретного пациента.

**Ключевые слова:** аортальный тромбоз, новорожденный ребенок, тканевый активатор плазминогена, тромболитическая терапия, тромбэкстракция.

## CLINICAL CASE: TREATMENT OF A NEWBORN WITH SYMPTOMATIC AORTIC THROMBOSIS

Kulemin Maxim Eduardovich, Panin Ivan Sergeyeovich, Virko Victor Andreevich

Military Medical Academy named after S. M. Kirov

Saint-Petersburg, Russia

### Abstract

**Introduction.** Due to the lack of extensive worldwide experience and consensus on the treatment of newborn infants with symptomatic aortic thrombosis, our own clinical observation is of interest. **The aim of the study** is to provide a detailed description of our own experience in the treatment of a rare nosologic form of the disease, in order to expand the knowledge base on possible options of tactics of management of such a group of patients. **Material and methods.** Medical records of patient B., who underwent treatment at the clinic of the St. Petersburg State Pediatric Medical University, were used to describe the clinical case. Literature search and review of similar clinical cases were performed on PubMed, Cochrane, CyberLeninka, and Elibrary.ru. **Results.** The article presents a clinical case of symptomatic aortic thrombosis in a newborn of 13 days of life with the development of ischemia threatening the lower extremities and complete thrombosis of the left renal artery. After ineffectiveness of systemic thrombolytic therapy, the patient underwent surgical treatment: thromboextraction. In the postoperative period, stabilization of the patient's condition, limitation of necrosis zones of the lower extremities without their further increase was noted. In the course of diagnostics, the patient's genotype of risk for blood coagulation disorders in the systems of plasma and vascular-platelet links of hemostasis, which in combination with exposure to an unfavorable external trigger factor could have caused the development of thrombosis in the described patient, was revealed. **Conclusion.** Taking into account the absence of a large evidence base on the application of certain protocols for the treatment of this cohort of patients, all decisions on the tactics of management of such patients should be made by a multidisciplinary team of specialists, taking into account the peculiarities of each particular patient.

**Keywords:** aortic thrombosis, newborn baby, tissue plasminogen activator, thrombolytic therapy, thromboextraction.

### ВВЕДЕНИЕ

В последние годы все больше врачей различных специальностей затрагивает проблема тромботических заболеваний. Новые открытия в области поиска генетически обусловленных дефектов гемостаза дают возможность объяснять предрасположенность к тромбообразованию у детей. Наиболее часто тромбозы в детском возрасте вторичные и обусловлены действием двух или более факторов риска (злокачественные новообразования, травмы, системная красная волчанка, операции, врожденные заболевания сердца) [1]. Раннее выяснение факторов риска помогает своевременно и эффективно проводить профилактику тромботических осложнений у скомпрометированных пациентов. При обзоре отечественных и зарубежных литературных данных нами были найдены лишь единичные публикации клинических случаев, описывающие тромбозы магистральных артерий у неонатальных пациентов [2, 3]. В связи с этим с целью накопления общего опыта по лечению указанной патологии и формирования базы данных для возможных последующих исследований в этой области, представляет интерес собственное клиническое наблюдение развития аортального тромбоза у новорожденного.

**Цель исследования** – представить подробное описание собственного опыта лечения редкой нозологической формы заболевания: симптоматический аортальный тромбоз

новорожденного, с целью расширения базы знаний о возможных вариантах тактики ведения подобной группы пациентов.

## **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ**

Для описания клинического случая использована медицинская документация пациента Б., проходившего лечение на базе клиники ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. Поиск литературных данных и обзор схожих клинических случаев был совершен на платформах PubMed, Cochrane, КиберЛенинка, Elibrary.ru.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ**

Мальчик, Б., 13 суток жизни. Ребенок родился 15.10.2022 в р/д г. Дубна от I беременности, протекавшей на фоне кольпита в 1 триместре (санирован), угрозы прерывания в 1 и 2 триместрах, тесного контакта с пациентом с подтвержденной новой коронавирусной инфекцией (после чего в послеродовом периоде у матери ребенка в крови были обнаружены IgG антитела к SARS-COV-2, однако, во время беременности клинических проявлений указанной инфекции не отмечалось), отеков, умеренной преэклампсии в 3 триместре (стационарное лечение в 33 недели). Роды I самопроизвольные при сроке гестации 40 недель, преэклампсия на фоне артериальной гипертензии, вакуум-экстракция плода. Оценка по шкале Апгар 9/9 баллов, приложен к груди в родильном зале. При рождении m=3100г l=50см. Состояние с рождения расценивалось как удовлетворительное, выписан из родильного дома на 2 сутки жизни. В контакте с инфекционными больными не был. Сделаны прививки. Пройден кардиоскрининг, аудиоскрининг.

Со слов матери, с рождения у ребенка отмечался стонущий характер крика. Кормился грудью, сосал медленно, контрольные кормления не проводились. С 24.10.22 мать отмечает нарастающую вялость ребенка. 25.10.2022 родители самостоятельно обратились в детскую поликлинику, откуда были перенаправлены в ДГБ№1 г. Твери в сопровождении бригады СМП с диагнозом: «Дефицит массы тела. Желтуха неясной этиологии.» Ребенок госпитализирован в ОАР, минуя приемный покой.

При поступлении в стационар вес ребенка 2200 г, отмечается выраженная сухость видимых слизистых, истончение подкожно-жировой клетчатки, бледность кожных покровов нижних конечностей, цианоз стоп, резкое снижение амплитуды пульсовой волны на бедренных артериях, артериях тыла стопы. При лабораторном обследовании обнаружены признаки гемоконцентрации (ОАК – Эритроциты –  $5,33 \times 10^{12}/л$ ; гемоглобин – 205 г/л; лейкоцитоз без лейкоцитарного сдвига –  $20,3 \times 10^9/л$ . БХАК – натрий 182 ммоль/л), тканевой гипоксии (лактат – 2,9 ммоль/л). При проведении инструментальных методов обследования (УЗИ сосудов нижних конечностей, сосудов брюшной полости и забрюшинного пространства, КТ ОГК и ОБП) обнаружено наличие окклюзирующей тромба, распространяющегося от уровня отхождения почечных артерий от брюшной аорты с нарушением почечного кровотока (устье правой почечной артерии сужено до 1,0 мм на протяжении 1,4 мм, далее диаметром 2.5 мм; левая основная почечная артерия не контрастируется), до проксимальной трети бедренной артерии справа и до дистальной трети бедренной артерии слева, с сохранением единичных коллатеральных сообщений между магистральными артериями и нижележащими ишемизированными тканями. 27.10.2022 в связи с нарастанием интенсивности цианоза дистальных отделов нижних конечностей и появлением угрозы потери ткани, принято решение о проведении телемедицинского консилиума совместно с руководителями структурных подразделений стационаров ДГБ №1 г. Твери и клиники ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России (далее – СПбГПМУ), в ходе которого принято решение о начале немедленной системной тромболитической терапии препаратом тканевого активатора плазминогена (ТАП) согласно протоколу Федеральных клинических рекомендаций по диагностике, профилактике и лечению тромбозов у детей и подростков [4], по завершению которой для продолжения лечения согласован экстренный перевод пациента в клинику СПбГПМУ в отделение анестезиологии и реаниматологии для детей с кардиохирургической патологией.

При поступлении в клинику СПбГПМУ ребенок осмотрен сосудистым хирургом, проведены: УЗДГ - брюшного отдела аорты, артерий нижних конечностей, почек; МСКТ области грудной клетки; брюшной полости, нижних конечностей; по результатам которых получены данные за тромбоз ренального (частичного), инфраренального отделов аорты, подвздошных артерий на всем протяжении с обеих сторон (полного), с коллатеральным заполнением бедренных артерий с обеих сторон. На основании полученных данных инструментальных методов обследования, тяжести состояния, отсутствия необходимого эффекта от проводимой ранее тромболитической терапии принято решение о немедленном оперативном лечении: тромбэкстракции. В ходе оперативного вмешательства произведена многократная экстракция тромботических масс из брюшного отдела нисходящей аорты, получено умеренное количество тромботических масс из общих подвздошных артерий. Ввиду более выраженных ишемических изменений в правой нижней конечности принято решение о проведении ревизии бедренного сосудистого пучка справа, однако, в связи с присутствием кровенаполнения правой бедренной артерии от дальнейших действий было решено отказаться. В послеоперационном периоде состояние оставалось тяжелым, относительно стабильным, за счет грубых перфузионных нарушений, связанных с основным заболеванием. На правой стопе за время наблюдения сформировались: участок сухого некроза стопы с границей ниже голеностопного сустава; на передней поверхности голени участок ишемии, стопа холодная, симптом белого пятна 10-12 секунд. На левой - участок ишемии в области 4-5 пальцев с формированием сухого некроза ногтевых фаланг, стопа прохладная, симптом белого пятна 3-4 сек. На УЗДГ сосудов брюшного отдела аорты, артерий нижних конечностей, почек в послеоперационном периоде отмечаются: признаки постстенотического профиля потока на бедренных артериях с обеих сторон, признаки тромбоза абдоминального отдела аорты, фаза реканализации. В течение всего периода наблюдения ребенок получал противотромботическую терапию (фрагмин под контролем анти-Ха-факторной активности, пентоксифиллин, при необходимости проводилась коррекция Антитромбина III), наблюдался сосудистым хирургом, консультирован генетиком, гематологом, проведена лабораторная диагностика с целью поиска нарушений в сосудисто-тромбоцитарном и плазменном звеньях гемостаза. Выявлен генотип риска нарушения свертываемости крови в системах: плазменного звена гемостаза – XIII фактор; сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза – PAI-1, ITGA-2; фолатного цикла – MTHFR, MTRR. По мере снижения послеоперационного болевого синдрома проведена дезэскалация анальгоседации и миорелаксации, ребенок вышел в ясное сознание, экстубирован, переведен на самостоятельное дыхание.

11.11.2022 на фоне стабильного состояния средней степени тяжести переведен на соматическое отделение под динамическое наблюдение врача-педиатра и сосудистого хирурга с целью решения о сроках проведения и объеме операции - ампутации дистальных отделов нижних конечностей.

Таким образом, представленное клиническое наблюдение демонстрирует развитие симптоматического аортального тромбоза у ребенка с генотипом риска нарушения свертываемости крови. Остается достоверно неясным, что стало главным этиологическим фактором, запустившим последовательную цепочку патологического каскада, который привел к развитию столь протяженного окклюзирующего тромба нисходящей аорты и магистральных сосудов нижних конечностей, в связи с чем ребенок потребует длительного динамического наблюдения врача-гематолога и сосудистого хирурга с целью определения всех возможных факторов риска развития симптоматических тромбозов в будущем и определения плана наиболее эффективных профилактических мер по предупреждению этих осложнений.

### **ОБСУЖДЕНИЕ**

Варианты лечения симптоматического неонатального тромбоза аорты различаются и зависят от клинической картины и возможностей центра. Только системная антикоагулянтная терапия обычно считается терапией первой линии при тромбозе, не угрожающем органам или конечностям. Для симптоматических поражений системный тромболитический является хорошо описанной стратегией лечения, хотя и с ограниченными данными об эффективности и

исходах. Хирургическая тромбэктомия редко используется для лечения тромбоза артерий у новорожденных, и любые данные, характеризующие эффективность и результаты, также ограничены сериями случаев. Payne и коллеги описали серию из двенадцати пациентов с большими аортальными тромбами в период между 1982 и 1987 годами, из которых пятеро были пролечены хирургическим путем с рассасыванием тромба у всех пациентов. Все хирургические пациенты и 86% пациентов, пролеченных медикаментозно, выжили [5]. Точно так же Ade-Ajayi и его коллеги сообщили об успехе хирургической тромбэктомии у двух пациентов в своей серии [6]. Несмотря на эти благоприятные исходы, точные показания к хирургической тромбэктомии у новорожденных с острым аортальным тромбозом остаются неясными.

В нашей стране существуют федеральные клинические рекомендации по диагностике, профилактике и лечению тромбозов у детей и подростков, разработанные сотрудниками Национального общества детских гематологов, онкологов; ФГБУ «ФНКЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России [4]. Согласно этому протоколу для пациентов с угрожающей конечности ишемией, проявляющейся гангреной, потерей ткани или параличом, рекомендуются терапевтические дозы антикоагулянты и проведение тромболитической терапии ТАП. Хирургическая тромбэктомия редко применяется в детском возрасте, во многом в связи со сложностью и опасностью ее выполнения из-за малого калибра сосудов у новорожденных. Являясь в большинстве случаев лечением первой линии, тромболитическая терапия не лишена недостатков. Важным замечанием является то, что протоколы системного тромболитического ТАП у неонатальных пациентов часто требуют непрерывной инфузии тромболитиков в течение шести или более часов для достижения адекватного лизиса сгустка и восстановления перфузии конечностей. С хирургической точки зрения, к тому времени, когда станет понятна неэффективность выбранной консервативной тактики терапии, спасти поврежденную ткань и конечность за счет оперативного лечения вероятнее всего возможности может не быть [7]. Кроме того, для центров, не обладающих достаточным количеством ресурсов для полноценного оказания помощи этой когорте пациентов, окно для перевода в стационар выше уровнем с целью проведения оптимального хирургического лечения может пройти. Поэтому зачастую принятие окончательного решения о тактике лечения таких пациентов требует мультидисциплинарного участия врачей различных специальностей с вовлечением во внимание всех нюансов конкретного клинического случая и выработкой персонализированного подхода к каждому пациенту.

## **ВЫВОДЫ**

1. Неонатальный тромбоз аорты можно лечить с помощью различных подходов, на данном этапе все описанные клинические протоколы по этой теме имеют низкие уровни доказательности и слабые степени рекомендации.

2. Учитывая тяжесть последствий симптоматического тромбоза аорты, мультидисциплинарная оценка, включающая раннюю хирургическую консультацию и рассмотрение возможности скорой хирургической тромбэктомии, является обязательной, особенно в случаях надвигающейся абдоминально-висцеральной ишемии, почечной недостаточности или угрозы конечности.

## **СПИСОК ИСТОЧНИКОВ**

1. Алексеев, Н. А. Геморрагические диатезы и тромбофилии / Н. А. Алексеев. – Санкт-Петербург: Гиппократ, 2005. – 516 с.
2. Черпакова, О. Г. Случай тромбоза правого предсердия у грудного ребенка / О. Г. Черпакова // SonoAce Ultrasound. – 2000 – № 7. – С. 41–43.
3. Early intracardiac thrombosis in preterm infants and thrombolysis with recombinant tissue type plasminogen activator / F. Ferrari, F. Vagnarelli, G. Gargano [et al.] // Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition. – 2001. – Т. 85, № 1. – С. F66-F69.
4. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Клинические рекомендации «Федеральные клинические рекомендации по диагностике, профилактике и лечению тромбозов у детей и подростков». – 2015 – 14 с. – URL: <https://goo.su/ojHF> (дата обращения: 15.03.2024). – Текст: электронный.
5. Management and follow-up of arterial thrombosis in the neonatal period / R. M. Payne, T. C. Martin, R. J. Bower, C. E. Canter // The Journal of pediatrics. – 1989 – Т. 114, № 5. – С. 853-858.
6. Acute neonatal arterial occlusion: is thrombolysis safe and effective? / N. Ade-Ajayi, N. J. Hall, R. J. Liesner [et al.] // Journal of pediatric surgery. – 2008. – Т. 43, № 10. – С. 1827-1832.
7. Recommended standards for reports dealing with lower extremity ischemia: revised version / R. Rutherford, J. D. Baker, C. Ernst [et al.] // Journal of vascular surgery. – 1997. – Т. 26, № 3. – С. 517-538.

## Сведения об авторах

М.Э. Кулемин\* – оператор научной роты ГВМУ

И.С. Панин – оператор научной роты ГВМУ

В.А. Вирко – младший научный сотрудник

## Information about the authors

M.E. Kulemin\* – operator of the scientific company of the MMMD

I.S. Panin – operator of the scientific company of the MMMD

V.A. Virko - researcher

\*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

maxim.kulemin@yandex.ru

УДК 618.25: 614.8–88:618.4

## КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР РОДОРАЗРЕШЕНИЯ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В УСЛОВИЯХ АВТОМОБИЛЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Кульпина Татьяна Алексеевна<sup>1,2</sup>, Соколова Людмила Александровна<sup>1</sup>, Хусаинова Диляра Феатовна<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Кафедра госпитальной терапии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России  
Екатеринбург, Россия

<sup>2</sup>ГАУЗ СО «Ревдинская станция скорой медицинской помощи»

Ревда, Россия

### Аннотация

**Введение.** Роды – это физиологический процесс, но крайне непредсказуемый. Начало родовой деятельности может застать женщину в самых разных местах: дома, в гостях, на улице и даже в небе. В представленном случае роды начались в автомобиле скорой помощи в 35 градусный мороз. **Цель исследования** – наблюдение и описание клинического случая родоразрешения многоплодной беременности в условиях автомобиля скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе. **Материал и методы.** Оказана помощь в родоразрешении, проведен мониторинг женщины и двух новорожденных детей, анализ первичной медицинской документации – карты вызова скорой медицинской помощи (форма № 110/у). **Результаты.** В результате данного клинического случая родились двое не доношенных детей. Вместе с родильницей без осложнений доставлены в муниципальный перинатальный центр города Первоуральск. **Выводы.** Врач скорой медицинской помощи должен не только быть образованным и профессиональным человеком, но и уметь быстро принимать решения в экстремальных ситуациях.

**Ключевые слова:** многоплодная беременность. роды вне лечебного учреждения; скорая медицинская помощь.

## A CLINICAL EXAMPLE OF THE DELIVERY OF MULTIPLE PREGNANCIES AT THE PREHOSPITAL STAGE IN AN AMBULANCE

Kulpina Tatyana Alekseevna<sup>1,2</sup>, Sokolova Lyudmila Aleksandrovna<sup>1</sup>, Khusainova Dilara Featovna<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Hospital Therapy

Ural State Medical University

Yekaterinburg, Russia

<sup>2</sup>Revda Ambulance Station

Revda, Russia

### Abstract

**Introduction.** Childbirth is a physiological process, but it is extremely unpredictable. The onset of labor can find a woman in a variety of places: at home, at a party, on the street and even in the sky. In the presented case, the birth began in an ambulance in 35 degrees below zero. **The aim of the study** is to observe and describe a clinical case of multiple pregnancy delivery in an ambulance at the prehospital stage. **Material and methods.** Assistance was provided in delivery, monitoring of a woman and two newborn children was carried out, analysis of primary medical documentation – emergency medical care call cards (form No. 110/y). **Results.** As a result of this clinical case, two unborn children were born. Together with the maternity hospital, they were delivered without complications to the municipal perinatal center of Pervouralsk. **Conclusion.** An emergency medical doctor should not only be an educated and professional person, but also be able to make quick decisions in extreme situations.

**Keywords:** multiple pregnancy. childbirth outside a medical institution; emergency medical care.