



## **МЕДИЦИНСКАЯ МЕТОДИЧЕСКАЯ ЗАМЕТКА**

Одобрено Руководящей группой ИНСАРАГ – Февраль 2011 г.

Версия документа 1.1

Дата: январь 2011 г.

---

**Название: АМПУТАЦИИ И РАСЧЛЕНЕНИЕ**

**Последнее обновление: Январь, 2011**

---

### **1. Введение**

1. Ампутации (у живых пострадавших) и расчленение (погибших) всегда вызывали много дискуссий в сообществе ПСО и являются сложным вопросом, в котором необходимо учитывать социальный, религиозный и этический аспекты. Хотя ситуации, в которых эти две процедуры являются крайними средствами, возникают очень редко, по возможности нужно стараться избегать их проведения.

### **2. Ампутации**

#### **2.1 Предварительные процедуры**

##### **2.1.1 Принятие решения**

- 1.** Единственным наиболее важным аспектом в принятии решения об ампутации конечности на догоспитальном этапе является процесс принятия самого решения о проведении ампутации.
- 2.** Наряду с клиническими и психологическими осложнениями также существует множество потенциальных этических, моральных, культурных и религиозных вопросов, связанных с ампутацией на догоспитальном этапе. Это осложняется тем, что процедура ампутации конечности проводится профессиональным медицинским персоналом в иностранном государстве, терпящем бедствие.
- 3.** В мире используются многочисленные критерии определения возможности спасения конечности. Они применяются в контролируемых условиях операционной с наличием полного доступа к пострадавшему и даже в этом случае в ретроспективе ставятся под сомнение. Нереально ожидать от медицинского персонала ПСО определить, можно или нет спасти конечность в условиях завалов.
- 4.** Таким образом, ампутацию конечностей следует рассматривать как последнее средство, когда:
  - а)** Клиническое состояние пациента является опасным для его жизни и требует незамедлительного высвобождения и извлечения пострадавшего для облегчения проведения мероприятий по реанимации;
  - б)** Существующие опасности представляют прямую угрозу жизни пострадавшего или членов ПСО;
  - в)** В условиях, когда пострадавший оказывается заблокированным под завалом таким образом, что даже после тщательного разностороннего рассмотрения

альтернативных вариантов единственным способом извлечения пострадавшего живым является ампутация конечности.

5. Поэтому настоятельно рекомендуется, чтобы в ПСО был определен и соблюдался процесс принятия решения касательно ампутаций. В идеале в наличии должен быть проверочный лист по процедуре проведения ампутации и перечне инструментов для использования в полевых условиях. Медицинскому персоналу ПСО также рекомендуется иметь при себе минимальный набор инструментов и медикаментов, необходимых для проведения ампутации в полевых условиях или завершения травматической ампутации на догоспитальном этапе.
6. Основными лицами, принимающими участие в процессе принятия решения, должны быть:
  - а) Профессиональный практикующий врач;
  - б) Пациент (по возможности/целесообразно);
  - в) Члены семьи (по возможности/ целесообразно);
  - г) Руководитель медицинской составляющей ПСО;
  - д) Руководитель ПСО/ заместитель руководителя ПСО;
  - е) Представитель из LEMA (по возможности/ целесообразно).
7. Общеизвестно то, что при некоторых обстоятельствах обсуждение вопроса об ампутации со всеми или некоторыми лицами из выше указанного списка не представляется возможным. В этом случае рекомендуется консультация, по крайней мере, еще одного профессионального медика, даже если он является членом другого ПСО.
8. Другие факторы, которые необходимо учитывать при принятии решения:
  - а) Наличие медицинского учреждения и необходимых условий для обеспечения дальнейшей медицинской помощи и контроля за состоянием пациента после ампутации;
  - б) Наличие медицинского персонала с соответствующей квалификацией для проведения данной операции;
  - в) Наличие соответствующего инструмента и медикаментов для проведения операции и послеоперационного ухода.

### 2.1.2 Подготовка

1. Как только решение о проведении операции по ампутации конечности принято, должно быть организовано или проведено следующее:
  - а) Вид транспорта для обеспечения немедленной транспортировки пострадавшего после извлечения;
  - б) Наиболее подходящее доступное медицинское учреждение для приема пациента;
  - в) Сопровождающий, для обеспечения первоначально ухода в соответствии с поведенной операцией (в идеале профессиональный медицинский работник);
  - г) Наличие на месте завала соответствующего инструмента и медикаментов;
  - д) Обеспеченность средствами индивидуальной защиты, такими как запасные перчатки, защитная одежда, защитные очки и т.п.;

- е) Проведение инструктажа со всеми спасателями, непосредственно принимающими участие в спасательной операции, касаясь плана действий медицинского персонала;
- ж) Расположение инструмента для проведения операции максимально близко к пациенту и в максимально «стерильных» условиях;
- з) При возможности или целесообразно, задокументировать процесс принятия решения о проведении операции;
- и) Принять во внимание условия ограниченного пространства, такие как ограниченный доступ к пациенту, освещение и шум.

### 2.1.3 Операция

1. Данная памятка рассматривает процедуру проведения операции по ампутации конечности. Должны применяться основополагающие принципы проведения реанимации пострадавшим с травмами. С дополнительной информацией по оказанию медицинской помощи в сложных условиях можно ознакомиться в Медицинских методических заметках **«ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СЛОЖНЫХ УСЛОВИЯХ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ, ОСОБЕННО В ЗАКРЫТЫХ ПРОСТРАНСТВАХ»**.
2. Операция должна проводиться только квалифицированным врачом, имеющим специальную подготовку, либо другим профессиональным медицинским работником (парамедиком, медицинской сестрой) под непосредственным руководством врача.

#### 2.1.3.1 Анестезия и обезболивание

1. Существуют документы, определяющие методы обеспечения соответствующей и достаточной анестезией и анальгезией в догоспитальных условиях. Медицинский персонал ПСО обязаны обеспечить наличие соответствующих анестезии и анальгезии во время проведения операции и после нее.

#### 2.1.3.2 Технология

1. Всемирная Организация Здравоохранения (WHO) разработала практическое руководство по ампутации в условиях чрезвычайных ситуаций, ссылаясь на *«Избранное практическое руководство по экстренной хирургии в условиях чрезвычайных ситуаций, раздел 12, Ампутации, стр. 15-17»*
2. В условиях ограниченного пространства должно учитываться следующее:
  - а) соответствующего антибиотика широкого спектра действия, по возможности, как можно быстрее;
  - б) Рассмотреть необходимость введения и как можно быстрее ввести (если имеется в наличии) препарат для профилактики столбняка (противостолбнячную сыворотку);
  - в) Постараться провести операцию максимально «стерильно». Подготовка места проведения операции должна быть организована в условиях ограниченного пространства, если возможно или целесообразно;
  - г) Проксимальный контроль потери крови является основной задачей на до- и после-операционном этапе;
  - д) Гильотинная ампутация проводится настолько дистально, насколько возможно, на поврежденной конечности и является наиболее предпочтительным методом;

- е) В условиях ограниченных пространств рекомендуется, что является более удобным, использовать проволочную пилу, например, пилу Гигли, нежели пилу с фиксированным диском,;
- ж) На конечности пациента напишите время проведения ампутации;
- з) Будьте бдительны, т.к. хирургический инструмент, фрагменты костей и жидкости, содержащиеся в организме, могут представлять опасность при проведении операции;
- и) Нанесите на рану ампутированной поверхности антисептическое средство и наложите повязку;
- к) Если был наложен кровоостанавливающий жгут, не снимайте жгут до тех пор, пока пациент не будет передан в соответствующее медицинское учреждение.

#### 2.1.4 Послеоперационная фаза

- а) Поддерживайте необходимую степень анестезии и обезболивания во время процесса извлечения пострадавшего;
- б) Осуществляйте контроль над кровопотерей, и убедитесь, что он эффективен на всем этапе извлечения пострадавшего;
- в) Убедитесь, что ампутированная конечность, остающаяся в завалах, тщательно накрыта. Это снижает риск физического внешнего воздействия или травмирования, так же как и возможных нежелательных психологических эффектов;
- г) Постарайтесь предупредить принимающее медицинское учреждение о клиническом состоянии пациента и о прибытии;
- д) Заполните всю необходимую документацию при первой же возможности;
- е) Для того, чтобы избежать возможных неблагоприятных психологических воздействий, связанных с проведенной операцией, следует провести соответствующий дебрифинг для всего персонала, принимавшего участие в операции;
- ж) Уведомить все заинтересованные стороны о проведенной операции, например, OSOCC, LEMA.

### 3. Расчленение

1. Так же как и в случае с догоспитальной ампутацией, единственным важным аспектом для рассмотрения необходимости проведения расчленения, является сам процесс принятия решения. В действительности, в некоторых странах расчленение тела погибшего может быть незаконным. Процесс принятия решения, персонал, принимающий решение и сама процедура схожи с процедурами проведения догоспитальной ампутации, описанными выше. Тем не менее, причины для проведения данной процедуры другие, например:
  - а) Это единственный способ получить доступ к живому пострадавшему;
  - б) Для ликвидации риска персоналу ПСО.
2. Необходимо учитывать существующие очень важные вопросы, касающиеся обращения с телами погибших и их извлечения из-под завалов с применением расчленения. Данную информацию можно найти в Медицинских методических заметках **ИЗВЛЕЧЕНИЕ ТЕЛ ПОГИБШИХ ВО ВРЕМЯ ПОИСКОВО-СПАСАТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ.**