

ДМ до СТІ 000Г(Б).21Л



ДОМЕДИЧНА ДОПОМОГА

(КУРС ІНДИВІДУАЛЬНОЇ ПІДГОТОВКИ)

(ЗА ПРОГРАМОЮ БАЗОВОЇ
ЗАГАЛЬНОВІЙСЬКОВОЇ ПІДГОТОВКИ
(ДЛЯ ПІДГОТОВКИ МОБІЛІЗАЦІЙНИХ РЕСУРСІВ,
ВЕРСІЯ 5, ТЕРМІН НАВЧАННЯ 1,5 МІСЯЦІ)



Наказ № 13 від 24 лютого 2025 року
ОБМЕЖЕННЯ РОЗПОВСЮДЖЕННЯ:

Для розповсюдження в Збройних Силах України і інших складових сил оборони держави. Виготовлення копій здійснюється з дозволу розробника стандарту підготовки. Друге видання, яке замінює видання СТІ 000Г.21Л від 17 березня 2020 року
КОМАНДУВАННЯ МЕДИЧНИХ СИЛ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ
СПІЛЬНО З ЦЕНТРОМ ОПЕРАТИВНИХ СТАНДАРТІВ І МЕТОДИКИ ПІДГОТОВКИ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ

ДОМЕДИЧНА ДОПОМОГА

(КУРС ІНДИВІДУАЛЬНОЇ ПІДГОТОВКИ)

**(ЗА ПРОГРАМОЮ БАЗОВОЇ
ЗАГАЛЬНОВІЙСЬКОВОЇ ПІДГОТОВКИ
(ДЛЯ ПІДГОТОВКИ МОБІЛІЗАЦІЙНИХ РЕСУРСІВ,
ВЕРСІЯ 5, ТЕРМІН НАВЧАННЯ 1,5 МІСЯЦІ)**

**Довідковий матеріал
з організації та
проведення занять з
тактичної медицини
викладачами
(інструкторами)
в навчальних центрах
(окремих навчальних
підрозділах) та в інших
визначених керівництвом
ЗС України підрозділах**

**Наказ № 13 від 24 лютого 2025 року
ОБМЕЖЕННЯ РОЗПОВСЮДЖЕННЯ:
Для розповсюдження в Збройних Силах України і інших складових
сил оборони держави. Виготовлення копій здійснюється з дозволу
розробника стандарту підготовки. Друге видання, яке замінює
видання СТІ 000Г.21Л від 17 березня 2020 року
КОМАНДУВАННЯ МЕДИЧНИХ СИЛ ЗБРОЙНИХ СИЛ
УКРАЇНИ СПІЛЬНО З ЦЕНТРОМ ОПЕРАТИВНИХ СТАНДАРТІВ
І МЕТОДИКИ ПІДГОТОВКИ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ**

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ ТА УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

Скорочення та умовні позначення	Повна назва словосполучення та скорочуванні поняття
АМЗІ	Аптечка медична загальновійськова індивідуальна
ЗІЗ	Засоби індивідуального захисту
НФП	Назофарингеальний повітровід
ОВТ	Озброєння та військова техніка
СР	Самостійна робота
ASM	All Service Members (англ. — усі військовослужбовці)
CLS	Combat LifeSaver (англ. — боєць-рятувальник)
СМС	Combat Medic/Corpsman (англ. — бойовий медик)
TCCC	Tactical Combat Casualty Care (англ. — тактична допомога пораненим)

“Немає секретів успіху. Це результат підготовки, важкої роботи, навчання на невдачах”.

Колін Пауелл

1. КУРС ІНДИВІДУАЛЬНОЇ ПІДГОТОВКИ

1.1. Основи надання допомоги в умовах бойових дій (до завдання 000Г(Б).21Л.01)

1.1.1. Поняття домедичної допомоги в умовах бойових дій (до підзавдання 000Г(Б).21Л.0101)

Домедична допомога в умовах бойових дій – це надання домедичної допомоги під час бойових дій. Враховується той факт, що місце і обставини, в яких надається допомога під час бойових дій, принципово відмінні від цивільних лікарень або умов, що не потребують тактичного реагування на середовище.

Ранній початок домедичної допомоги є фактором, який значно покращує шанси на виживання та відновлення нормального функціонування організму в пораненого. Тому найбільш важливими є перші хвилини після поранення, протягом яких повинно розпочатись надання кваліфікованої домедичної допомоги.

Кожний військовослужбовець будь-якої сучасної армії, крім майстерного володіння озброєнням, фізичної і тактичної підготовки, досконало опановує прийоми надання домедичної допомоги в бойових умовах. Військовослужбовець, який не володіє знаннями з домедичної допомоги, є небезпечним сам для себе та своїх товаришів.

Розділ домедичної допомоги розрахований на навчання базовим навичкам з надання само- та взаємодопомоги в умовах бойових дій.

Домедична допомога – це невідкладні дії та організаційні заходи, спрямовані на врятування та збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я, що здійснюються на полі бою військовослужбовцями або санітарними інструкторами.

Надання домедичної допомоги на полі бою є дуже важливим, оскільки час, після якого наступають незворотні наслідки для тяжко пораненого, обмежений хвилинами.

Доля поранених часто залежить від особи, яка буде першою надавати домедичну допомогу.

1.2. Основні причини смертей в умовах бойових дій (до підзавдання 000Г(Б).21Л.0102)

Надання домедичної допомоги на полі бою є основною запорукою врятування життя пораненому. Аналіз причин загибелі солдатів під час ведення бойових дій вказує на те, що значну їх кількість можна було б урятувати при своєчасному та якісному наданні домедичної допомоги. Близько 90%

смертей у бойових умовах стаються до того, як поранені дістаються до медичної установи. Більшість поранень несумісні із життям (обширна травма тулуба, руйнівна травма голови тощо). Проте деякі стани, такі як кровотеча з рани на руці або нозі, напружений пневмоторакс і проблеми з дихальними шляхами, можна усунути на полі бою. Така допомога і становить різницю між смертю солдата на полі бою і його одужанням у медичній установі. За умови вживання належних заходів самодопомоги, взаємодопомоги і навичок стрільця-санітара, смерті на полі бою можна зменшити до 28%.

Цей факт підкреслює важливість допомоги при травмах на полі бою, що надається бойовими медиками, стрільцями-санітарами та всіма військовослужбовцями, котрі пройшли відповідну підготовку, що значно підвищує рівень виживання поранених на полі бою.

Правильні дії першого рятувальника мають вирішальне значення. Покращення невідкладної допомоги пораненим призводить до значного зниження рівня смертності під час бойових дій. Протокол ТССС (Tactical Combat Casualty Care – Допомога пораненим в умовах бойових дій), що використовується в арміях країн НАТО, дуже ефективно рятує життя на полі бою.

У випадках, коли військовослужбовець отримує поранення при виконанні бойових завдань, час надання домедичної допомоги обмежений. Через це вкрай необхідно правильно реагувати, виявляти та надавати домедичну допомогу з метою уникнення наслідків, які призводять до загибелі особового складу:

при кровотечі з магістральних судин поранений може загинути протягом 3-х хвилин, причина смерті – швидка втрата значної кількості крові;

при непрохідності верхніх дихальних шляхів внаслідок западання кореня язика через втрату свідомості (травма голови, шок) в положенні на спині поранений гине за 5 хв., причина смерті – зупинка серця внаслідок недостатнього надходження кисню;

при проникному пораненні грудної клітки смерть настає у межах 30 хвилин – 1 години, причина смерті – напружений пневмоторакс;

також до найчастіших причин смерті поранених належать геморагічний шок (стан, пов'язаний з крововтратою) і переохолодження.

1.3. Фази (етапи) домедичної допомоги в умовах бойових дій (до підзавдання 000Г(Б).21Л.0103)

Сучасні погляди на надання домедичної допомоги сформувалися у окрему галузь знань – “тактичну медицину”, що передбачає чіткий поділ обсягу домедичної допомоги в залежності від етапу (фази) її надання.

До основних цілей тактичної медицини належать:

- а)** виконання бойового завдання (завершення бойової операції);
- б)** запобігання додатковим пораненням і травмам, власна безпека;
- в)** надання допомоги пораненому.

Задля чіткого розмежування можливостей та обмежень надання допомоги пораненим, умовно виділяють наступні її етапи (фази):

допомога постраждалим у несприятливому середовищі (етап Допомоги під вогнем) – допомога під обстрілом зі значним ризиком отримання поранення чи іншого ушкодження для того, хто надає допомогу. Допомога пораненому включає тільки усунення масивної кровотечі з кінцівки та переміщення його в укриття;

допомога постраждалим в умовно сприятливому середовищі (етап Допомоги в польових умовах) – допомога в місці, захищеному від прямого вогню противника відстанню або елементами природного (пагорби, схили) чи штучного (стіни, будинки, захисні інженерні конструкції) походження. Необхідно розуміти, що ця фаза може в будь-який момент може знову перейти у фазу Допомоги під вогнем;

допомоги постраждалим у сприятливому середовищі (етап Евакуації) – допомога під час тактичної евакуації (TACEVAC) починається після доставлення пораненого у транспортний засіб. На цьому етапі зазвичай доступний додатковий медичний персонал та обладнання для надання допомоги пораненому в розширеному обсязі.

1.4. Аптечка медична загальновійськова індивідуальної (АМЗІ) (до підзавдань 000Г(Б).21Л.0104, 000Г(Б).21Л.0108, 000Г(Б).21Л.0109, 000Г(Б).21Л.0110)

1.4.1. Аптечка медична загальновійськова індивідуальна (далі – АМЗІ)

Аптечка медична загальновійськова індивідуальна призначена для надання допомоги пораненим або травмованим у бойових умовах, у порядку самопомоги і взаємодопомоги, та застосовується військовослужбовцями за цільовим призначенням під час виконання бойових завдань або в екстрених ситуаціях при отриманні травми та поранення (рисунок 1).

Склад АМЗІ затверджений наказом Міністерства оборони України від 27.04.2024 №506 “Про затвердження Переліків лікарських засобів та медичних виробів, якими забезпечується особовий склад сил безпеки і сил оборони для надання домедичної допомоги”.

У склад АМЗІ входять наступні лікарські засоби, матеріали та обладнання (таблиця 1):

Склад аптечки медичної загальновійськової індивідуальної (АМЗІ)

I. Лікарські засоби

№ з/п	Найменування	Одиниця виміру	Кількість
1	Парацетамол, тверда пероральна форма	мг	1000
2	Мелоксикам, тверда пероральна форма	мг	15
3	Моксифлоксацин, тверда пероральна форма або Левифлоксацин, тверда пероральна форма	мг	400 або 500

II. Медичні вироби

№ з/п	Найменування	Одиниця виміру	Кількість
4	Засіб для зупинки кровотечі механічний вороткового типу	шт.	2
5	Бинт тампонувальний кровоспинний з хімічною речовиною гемостатичною завдовжки від 1,5 м та завширшки від 7 см	шт.	2
6	Бинт марлевий пресований завширшки від 10 см, завдовжки від 3,5 м	шт.	2
7	Бандаж еластичний з абсорбуючим та компресійним елементами завширшки від 14 см	шт.	1
8	Комплект оклюзійних пов'язок (наліпок) на гелевій основі	пара	1
9	Термоковдра на поліетиленовій основі завширшки від 160 см, завдовжки від 210 см	шт.	1
10	Захисний жорсткий щиток на око	шт.	1
11	Рукавички медичні оглядові нітрилові нестерильні (розмір М та L)	пара	2
12	Лейкопластир на тканинній основі завдовжки 3-5 м, завширшки 3-5 см	шт.	1
13	Ножиці для розрізання одягу і взуття (атравматичні) завдовжки від 18 см	шт.	1

III. Інше

№ з/п	Найменування	Одиниця виміру	Кількість
14	Маркер водостійкий для нанесення інформації синього або чорного кольору	шт.	1
15	Картка постраждалого (встановленого зразка)	шт.	1
16	Сумка-укладка медична	шт.	1



Рисунок 1 – Аптечка медична загальновійськова індивідуальна

У склад аптечки медичної загальновійськової індивідуальної входять не тільки медичні засоби та витратні матеріали, передбачені рівнем підготовки для всіх військовослужбовців, але й рівня стрільця-санітара, оскільки він у складі відділення може надавати більший об'єм допомоги пораненим з використанням їх індивідуально підібраних засобів.

Залежно від особливостей виконуваного завдання, рівня підготовки військовослужбовця та ймовірності потенційних уражень радіологічною, хімічною чи біологічною зброєю, склад аптечки може бути доповнено додатковими лікарськими засобами і медичними виробами.

Засіб для зупинки кровотечі механічний вороткового типу “CAT”

Турнікет для зупинки масивної кровотечі типу “CAT” (Combat Application Tourniquet – турнікет тактичний (рисунок 2) необхідно мати в аптечці бійця. Також рекомендується ще один турнікет носити зовні – на самій аптечці або на спорядженні, в місці швидкого доступу - в однаковому місці, визначеному для всіх бійців підрозділу. Допускається носіння турнікета в окремому підсумку.

Важливо: в разі необхідності, турнікет повинен легко відділятися від спорядження.

В разі необхідності, турнікет повинен легко відділятися від спорядження.



Умовні позначки:

1 – вороток (використовується для закручування турнікета), 2 – пряжка (для утримання ремня турнікета після його обмотування навколо кінцівки), 3 – С-подібний фіксатор (використовується для фіксації воротка), 4 – стрічка фіксації (для кінцевого закріплення ремня і воротка турнікета, для запису на ній часу).

Рисунок 2 – Турнікет типу “CAT”

Важливо використовувати лише турнікети, рекомендовані СоТССС:

С.А.Т. (CombatApplicationTourniquet) G7;

С.А.Т. (CombatApplicationTourniquet) G6;

SOF-Tourniquet;

SAM XT Tourniquet;

TMT (TacticalMechanicalTourniquet);

TX2 Tourniquet;

TX3 Tourniquet;

RMT (RatchetingMedicalTourniquet).

В Україні й у деяких країнах НАТО популярним також став турнікет вітчизняного виробництва SICH-Tourniquet.

ВАЖЛИВО! Не рекомендується застосовувати несертифіковані турнікети!

Пакет перев'язувальний індивідуальний стерильний з компресійним компонентом із захисною вологостійкою оболонкою, або **бандаж**.

Це бандаж для першої допомоги з аплікатором для тиску на рану (рисунок 3), який ще називають «ізраїльський бандаж» – сучасний перев'язувальний пакет, який, створюючи постійний тиск на рану, зупиняє більшість немасивних кровотеч.



Рисунок 3 – Бандаж для першої допомоги з аплікатором для тиску на рану

Засіб для зупинки кровотечі хімічний (бинт кровоспинний тампонувальний з гемостатичним засобом)

Гемостатичний (кровоспинний) засіб (рисунок 4) у вигляді кровоспинного бинта (бойової марлі) з хімічною складовою на основі хітозану або каоліну – Celox, ChitoGauze, QuikClot та інші. Ці засоби застосовуються для тампонування ран з кровотечею, що розміщуються у наступних ділянках: основа шиї, під пахвами, пах (вузлові ділянки тіла), а також промежина та сідниці.



Рисунок 4 – Кровоспинні бинти з каоліном (CombatGauze, QuikClot) або хітозаном (Celox, ChitoGauze)

Засоби для профілактики переохолодження, надання допомоги при травмі ока та інші засоби:

а) Термоковдра на поліетиленовій основі (рисунок 5) або інші, призначені для боротьби з переохолодженням або перегріванням пораненого;



Рис. 5 –



Рисунок 6 – Набір медикаментів для лікування бойових поранень



Рисунок 7 – Оклюзійнаторакальна наліпка з клапаном



Рисунок 8 – Жорсткий захисний щиток для ока



Рисунок 9 – Бинт марлевый стерильный



Рисунок 10 – Лейкопластир на полімерній основі в рулоні



Рисунок 11 – Маркер водостійкий



Рисунок 12 – Ножиці для розрізання одягу та взуття (атравматичні)



Рисунок 13 –Рукавички оглядові нітрилові нестерильні

Картка ТССС / Картка пораненого				
Особистий номер ID _____	Стать <input type="checkbox"/> Ч <input type="checkbox"/> Ж			
Евакуаційна категорія <input type="checkbox"/> Термінова <input type="checkbox"/> Пріоритетна <input type="checkbox"/> Звичайна				
ПІБ _____	Останні 4 цифри ID _____			
Дата (ЧЧ-ММ-РР) _____	Час (ГГ-ХХ) _____			
Рід військ _____	Підрозділ _____			
Алергія _____				
(М) Механізм травми (позначити X все, що стосується даного випадку)				
<input type="checkbox"/> Артилерійська <input type="checkbox"/> Тупа <input type="checkbox"/> Опік <input type="checkbox"/> Падіння <input type="checkbox"/> Вогнепальна <input type="checkbox"/> Самороб.вибух.пристрій <input type="checkbox"/> Міна <input type="checkbox"/> ДТП <input type="checkbox"/> РПГ <input type="checkbox"/> Граната <input type="checkbox"/> Інше _____				
(І) Поранення (позначити X все, що стосується даного випадку)				
Турнікет П Рука Тип _____ Час _____	Турнікет Л Рука Тип _____ Час _____			
Турнікет П Нога Тип _____ Час _____	Турнікет Л Нога Тип _____ Час _____			
<input type="checkbox"/> Брудний				
(S) Ознаки та симптоми				
Час				
Пульс				
Артеріальний тиск	/	/	/	/
Частота дихання				
Сатурація, %				
Рівень свідомості, AVPU				
Шкала болю (0-10)				
Особистий номер ID _____				
Евакуаційна категорія <input type="checkbox"/> Термінова <input type="checkbox"/> Пріоритетна <input type="checkbox"/> Звичайна				
(Т) Надана допомога, позначити все, що стосується даного випадку Тип:				
С: Кровотеча				
Турнікет: <input type="checkbox"/> Кінцівки <input type="checkbox"/> Суглоби <input type="checkbox"/> Тулуб				
Пов'язка: <input type="checkbox"/> Тиснуча <input type="checkbox"/> Гемостатична <input type="checkbox"/> Інша _____				
А: Дихальні шляхи: <input type="checkbox"/> неушкоджені <input type="checkbox"/> назофарингеальний повітровод				
<input type="checkbox"/> крікотіреотомія <input type="checkbox"/> ЕТ трубка <input type="checkbox"/> надогортаний повітровод				
В: Дихання: <input type="checkbox"/> O2 <input type="checkbox"/> Голкова декомпресія <input type="checkbox"/> Дренування <input type="checkbox"/> Пов'язка				
С:				
	Назва	Об'єм	Шлях введення	Час
Розчин				
Препарат крові				
Препарати	Назва	Об'єм	Шлях введення	Час
Анальгетики (напр. морфін, фентаніл, кетамін)				
Антибіотики (напр. моксифлоксацин, ертапенем)				
Інші (напр. транексамова кислота)				
Інше				
<input type="checkbox"/> Набір пігулок <input type="checkbox"/> Пов'язка на око (<input type="checkbox"/> П <input type="checkbox"/> Л) <input type="checkbox"/> Шина				
<input type="checkbox"/> Тип попередження гіпотермії _____				
Нотатки:				
Особа, що надала допомогу (ПІБ) _____				
Останні 4 цифри ID _____				

Рисунок 14 – Медична інформаційна картка (пораненого) (відноситься до облікової документації)

1.5. Надання допомоги постраждалим у несприятливому середовищі (до підзавдання 000Г(Б).21Л.0105)

Допомогу під вогнем противника надають за наказом командира, оскільки основним у бою є виконання бойового завдання. Таким чином, допомога не повинна перешкоджати виконанню бойового завдання. В окремих випадках, коли дозволяє тактична ситуація, рішення про надання домедичної допомоги приймають самостійно. Допомога надається у вигляді самопомоги та взаємодопомоги.

Перш за все, ви маєте переконатися у власній безпеці. Ви можете допомогти іншим зробити місце події безпечним, або ж вам доведеться самостійно створити безпечний доступ до пораненого (вести вогонь у відповідь, гасити пожежу тощо). Ви не можете ризикувати своєю особистою безпекою, наражати на небезпеку інший персонал або пораненого.

Головною метою Допомоги під вогнем є встановлення вогневої переваги для уникнення додаткових втрат і поранень в існуючих постраждалих. Це дає можливість визначити пріоритети лікування. Відповідно до рекомендацій ТССС до них відносяться:

Витягування/вивільнення постраждалих із палаючих транспортних засобів або будівель.

Зупинка критичної кровотечі за допомогою турнікетів для кінцівок (за тактичної можливості).

Переміщення пораненого в укриття, як тільки це стане можливо.

Якщо поранений притомний, але не може рухатися, а бойова ситуація відкриває вікно можливостей, слід розробити та виконати план порятунку постраждалого (за тактичної можливості).

Визначте ступінь ризику для рятувальників, врахуйте свої переваги на даний момент та переконайтеся, що весь персонал розуміє план переміщення.

Не наражайте рятувальників на небезпеку, якщо її можна уникнути!

Якщо укриття недоступне або поранений військовослужбовець не може переміститися до нього, дійте відповідно до стандартних операційних процедур вашого підрозділу.

Особиста безпека. Понизити/зменшити профіль, знайти укриття.

Приховане переміщення. Використовуються складки місцевості, елементи рослинності, міської забудови, прикриття бронею, дим тощо.

ВАЖЛИВО! Дійте, виходячи з міркувань власної безпеки, щоб запобігти подальшим втратам у вашому підрозділі.

Запобігання додатковим пораненням і травмам, власна безпека:

Під час надання допомоги знаходимося у профілі пораненого.

Контроль зброї пораненого під час надання допомоги та переміщення в укриття.

Під час надання допомоги пораненому користуємося його аптечкою.

Бронежилет та шолом завжди повинні знаходитись на пораненому.

Під час виносу постраждалого в безпечне місце, спочатку заходимо самі, потім переміщуємо пораненого.

«Не бачив, як упало – не підбирай». Не підбирай ті речі, про які не маєш повної інформації.

На етапі надання Допомоги під вогнем противника **зупиніть масивну кровотечу з кінцівки**, використовуючи рекомендований Комітетом ТССС турнікет для кінцівок. Якщо це можливо, накладіть турнікет поверх уніформи (одягу), чітко вище місця кровотечі. Якщо складно визначити конкретне місце ураження, накладайте турнікет максимально високо і туго.

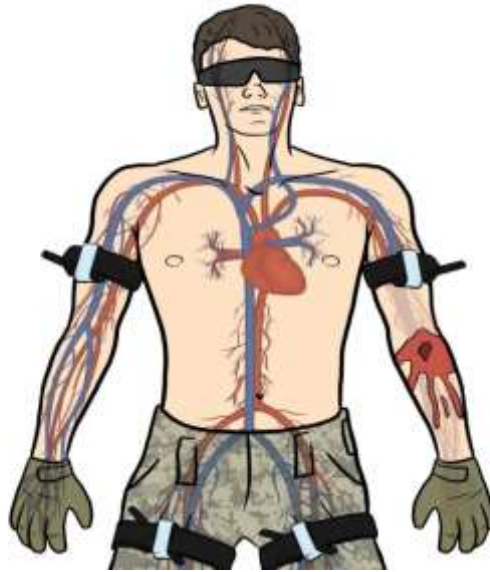


Рисунок 16 – Місця накладання турнікета високо та туго під час етапу допомоги під вогнем

Турнікет – єдиний варіант зупинки **масивної кровотечі** з кінцівки, який повинен бути застосований під час етапу Допомоги під вогнем.

Рекомендації стосовно надання Допомоги під вогнем:

відкрийте вогонь у відповідь та знайдіть укриття;

накажіть або очікуйте від пораненого продовження виконання бойового завдання, якщо це допустимо;

накажіть пораненому рухатися в укриття і надати собі допомогу, якщо це можливо, або, якщо тактична обстановка дозволяє, перемістіть або перетягніть пораненого до укриття;

намагайтесь уникнути появи у пораненого значних додаткових травм;

у випадку горіння: витягніть пораненого з автомобіля чи будівлі, які горять, та перемістіть у відносно безпечне місце. Після цього зробіть усе можливе, щоб припинити горіння на пораненому.

Зупиніть **масивну кровотечу**, що загрожує життю, якщо це тактично можливо виконуючи наступне:

наказати пораненому самостійно зупинити кровотечу, якщо це можливо;

застосувати рекомендовані Комітетом ТССС турнікети для кінцівок з метою зупинки кровотечі в місцях, які анатомічно доступні для їхнього використання,

накласти турнікет для кінцівок поверх одягу чітко проксимально (вище) від місця кровотечі. Якщо місце загрозованої для життя кровотечі неочевидне, розмістіть турнікет «високо і туго» (якомога проксимальніше) на пошкодженій кінцівці та перемістіть пораненого в укриття.

Забезпечення прохідності дихальних шляхів, а також інші діагностичні та лікувальні маніпуляції краще відкласти до етапу Допомоги в польових умовах.

2. До завдання 000Г(Б).21Л.02

2.1. Знати особливості комунікації в зоні під вогнем. Належна комунікація (до підзавдань 000Г(Б).21Л.0201, 000Г(Б).21Л.0202, 000Г(Б).21Л.0204, 000Г(Б).21Л.0205)

Комунікація в групі.

План дій з надання допомоги та винесення пораненого (в разі неможливості самодопомоги та самостійного виходу пораненого з обстрілюваної зони). Розподіл завдань: хто прикриває, порядок висування, хто надає допомогу.

Комунікація з пораненим: подати команду накласти собі турнікет самостійно і переміститися в укриття.

Доповідь командуванню: оцінка ситуації, запит на підкріплення, медиків, евакуацію. Отримати дозвіл на самостійні дії.

Після того, як ви змогли безпечно дістатися до пораненого та вжити інших запобіжних заходів, шляхом належної комунікації ви повинні:

а) Якогога раніше встановити зв'язок з постраждалим, можливо навіть до того, як почнете його переміщення в безпечне місце, щоб визначити, чи він перебуває в ясній свідомості, чи його свідомість сплутана, або ж він дезорієнтований. Якщо поранений притомний, повідомити його, що ви тут, щоб допомогти.

б) Зверніться по допомогу до рятувальників або інших медиків, якщо вони є.

Перевірка життєздатності пораненого. Поставити три основні запитання:

Чи може надати собі допомогу?

Чи може самостійно рухатися?

Чи може стріляти?

Попереджайте пораненого, що ви висуваєтеся до нього на допомогу. Дочекайтеся відповіді, і тільки після цього починайте рятувальну операцію.

Якщо поранений не відповідає на запитання, слід визначитися, чи допомога цьому військовослужбовцю є доцільною взагалі. Пріоритет надається пораненим у свідомості. Постраждалі без свідомості можуть мати поранення, несумісні з життям, тому ризик життям та здоров'ям військовослужбовців, які надаватимуть допомогу, може бути невиправданим.

2.2. Знати ознаки масивної кровотечі (до під завдання 000Г(Б).21Л.0206)

Рання зупинка критичної кровотечі є надзвичайно важливою. Поранення магістральної судини може швидко призвести до шоку та смерті. Допомога під вогнем надається лише у випадку кровотечі, що загрожує життю.

Кровотечу, що загрожує життю, можна розпізнати за кількома ознаками:

а) спостерігається яскрава червона кров, яка витікає з рани, пульсуючи або рівномірно;

б) яскрава червона кров витікає з рани і тече по землі;

- в) одяг, що покриває рану, просякнутий кров'ю;
- г) тимчасові пов'язки на рані є неефективними та постійно просякають кров'ю;
- д) наявна повна або часткова травматична ампутація руки чи ноги;
- е) попередньо була кровотеча, і зараз поранений перебуває в стані шоку (без свідомості або дезорієнтований, блідий).



Рисунок 17 – Спостерігається яскрава червона кров, яка витікає з рани, пульсуючи або рівномірно



Рисунок 18 – Яскрава червона кров, яка витікає з рани і тече по землі



Рисунок 19 – Одяг, що покриває рану, просякнутий кров'ю



Рисунок 20 – Тимчасові пов'язки на рані є неефективними та постійно просякають кров'ю



Рисунок 21 – Наявна повна або часткова травматична ампутація руки чи ноги



Рисунок 22 – Попередньо була кровотеча, і зараз поранений перебуває в стані шоку (без свідомості, дезорієнтований, блідий)

2.3. Знати правила використання засобу для зупинки кровотечі механічного вороткового, типу турнікет (далі - турнікет) на етапі Допомоги під вогнем (до під завдань 000Г(Б).21Л.0203, 000Г(Б).21Л.0207, 000Г(Б).21Л.0208, 000Г(Б).21Л.0209, 000Г(Б).21Л.0210, 000Г(Б).21Л.0211)

Слід пам'ятати:

а) масивна кровотеча, якщо її вчасно не зупинити, може вбити людину протягом трьох хвилин!;

б) турнікет є вимушеним **тимчасовим способом** зупинки кровотечі. Одразу після переміщення пораненого в укриття необхідно **переоцінити накладений турнікет** і замінити його на інші методи контролю кровотечі за відсутності протипоказань до цього;

в) турнікет повинен розміщуватися в зоні швидкого доступу, в однаковому місці у всіх бійців підрозділу;

г) турнікет не повинен тривалий час піддаватися впливу зовнішнього середовища. Носіть турнікет в спеціальному підсумку. В іншому випадку, слід регулярно замінювати турнікет;

д) у випадку взаємодопомоги, слід використовувати турнікет пораненого. Надавати допомогу власним турнікетом не рекомендується.

Турнікет – метод першого вибору для зупинки загрозової для життя кровотечі під час Допомоги під вогнем.

Турнікет припиняє кровотік у кінцівці нижче місця накладання; це найкращий спосіб зупинити масивну кровотечу.

Якщо у пораненого критична кровотеча з кінцівки у фазі Допомоги під вогнем, одразу накладайте турнікет! Забудьте про прямий тиск на рану, туге бинтування чи що-небудь інше. Застосовуйте турнікет без затримки, якщо є показання.

І постраждалих, і рятувальників знаходяться у значній небезпеці під час накладання турнікета. Потрібно зважувати ризик додаткової травми постраждалого та/чи людини, що надає допомогу, у порівнянні з уже наявною кровотечею постраждалого. Накладайте турнікет на одяг, не знімаючи нічого. Упевніться, що він точно вище місця кровотечі. Якщо ви не впевнені, де є основне місце кровотечі, як може бути, наприклад, під час виконання нічних завдань чи у випадку множинних травм, накладайте турнікет високо і туго, настільки високо, наскільки можливо, на руці чи нозі. Закручіть турнікет до зупинки кровотечі.

Військовослужбовці, які вперше накладають турнікет, часто допускають при цьому багато помилок. **Ці вивчені ними уроки буквально написані кров'ю.**

Помилки, яких потрібно уникати:

а) Не використовують турнікет, коли він потрібен, або чекають надто довго, аби його накласти;

б) недостатньо туго затягують турнікет перед тим, як закручувати вороток;

в) використовують турнікет при мінімальній кровотечі;

- г) накладають його надто високо, коли місце кровотечі добре видно;
- д) не знімають його, коли показано, під час допомоги в польових (тактичних) умовах;
- е) знімають його, коли постраждалий у стані шоку чи потребує лише короткотривалого транспортування в лікарню;
- ж) недостатньо туго накладають. Турнікет повинен і зупинити кровотечу, і призвести до зникнення пульсу дистальніше;
- и) Періодично ослаблюють турнікет для того, аби відновити кровотік в ураженій кінцівці;
- к) не використовують другий турнікет, якщо необхідно.

Якщо першого турнікета недостатньо для зупинки кровотечі, накладіть ще один турнікет одразу над першим. Не накладайте турнікет на коліно чи лікоть, а також на кобуру чи кишені штанів (кітелю), що містять предмети.

Накладання турнікета викликає деякий біль, але також рятує твоє життя!

Так, ефективно накладання є болісним, і не обов'язково вказує на помилку при накладанні, і тим більше не означає, що тобі потрібно його зняти!

Після кожного накладання турнікета уважно спостерігайте за пораненим, аби переконатися, що турнікет залишається туго накладеним і кровотеча залишається контрольованою.

Три найбільш важливі технічні помилки при накладанні турнікета:

- а) недостатньо сильно зроблено перший затяг на початку накладання;
- б) вороток закручений недостатньо туго, щоб зупинити кровотечу;
- в) турнікет накладено недостатньо швидко (зупинка кровотечі до 1 хв.; повна фіксація до 3 хв.).

Швидко накладіть один або кілька турнікетів («високо і туго») на руку або ногу, щоб зупинити загрозливу для життя критичну кровотечу. Це слід зробити за 1 хвилину. Якщо поранений у свідомості, ви можете наказати йому надати собі першу допомогу та накласти турнікет.

Під час надання самопомоги пораненим із кровотечею з передпліччя/плеча може знадобитися вміння накладати турнікет однією рукою. Зазвичай, турнікети упаковані у вигляді складеної петлі, зручної для швидкого застосування однією рукою.

2.3.1. Послідовність накладання турнікета на руку, самопомога

Перевірте кишені на пораненій кінцівці на відсутність предметів, які можуть перешкодити ефективному накладанню турнікета. Зніміть патчі з липучки, якщо вони заважатимуть накладанню турнікета.

Витягніть турнікет з підсумка, кишені або АМЗІ.

Розгорніть турнікет так, щоб утворилася петля.

Накладіть турнікет так, щоб уражена кінцівка опинилася всередині петлі турнікета. Переконайтеся, що ремінь (стропа) турнікета не перекутилася на кінцівці.

Розмістіть турнікет максимально високо на пораненій кінцівці.

Максимально сильно затягніть ремінь турнікета, не залишаючи зазорів. Між ременем турнікета та кінцівкою не мають проходити пальці.

Зафіксуйте ремінь стрічки на липучці навколо кінцівки до С-подібного фіксатора.

Закручуйте вороток турнікета доти, доки не зупиниться кровотеча.

Зафіксуйте вороток за допомогою С-подібного фіксатора

Проведіть вільний кінець стрічки між скобами фіксатора.

Закріпіть вороток та ремінь турнікета під фіксуючою стрічкою.

Напишіть час на стрічці, або запам'ятайте час накладання турнікета, щоб зробити запис на наступній фазі допомоги.



Відеоматеріал: Послідовність накладання турнікета SFT на руку та ногу, самодопомога

Турнікет двома руками можна самостійно накласти собі на нижні кінцівки. Також можливе його застосування рятувальником на будь-яку кінцівку (за неможливості самостійного використання).

Техніку накладання турнікета двома руками можна використати для кожного турнікета, схваленого Комітетом ТССС.

2.3.2. Послідовність накладання турнікета на ногу, самодопомога

Перевірте кишені на пораненій кінцівці на відсутність предметів, які можуть перешкодити ефективному накладанню турнікета.

Вийміть турнікет з підсумка або з АМЗІ.

Повністю розгорніть його.

Оберніть турнікет навколо ураженої кінцівки, розташовуючи його максимально високо на кінцівці.



Відеоматеріал: Послідовність накладання турнікета TMT на руку та ногу, самодопомога

Проведіть кінчик ременя в отвір пряжки та щільно затягніть ремінь турнікета, не залишаючи зазорів. Між ременем турнікета і кінцівкою не мають проходити кінчики трьох пальців.

Зафіксуйте ремінь на липучці навколо кінцівки до С-подібного фіксатора.

Закручуйте вороток турнікета до тих пір, поки не зупиниться кровотеча.

2.3.3. Взаємодопомога на етапі Під вогнем та правила переміщення у несприятливому середовищі для надання допомоги

Рятувальник комунікує з пораненим прямою вказівкою: “Наклади собі турнікет!”

У разі, якщо поранений не може самостійно накласти собі турнікет, Рятувальник доповідає про ситуацію командирі підрозділу.

Тільки після дозволу командира надати допомогу пораненому, Рятувальник може висуватися до пораненого.



Рисунок 34 – Наближення до пораненого зі зменшеним профілем

Наблизившись до пораненого Рятувальник розташовує себе та пораненого так, аби сховати свій профіль за бронєю пораненого, відносно до напрямку вогню противника (утворюючи букву «Т»).

Дістає турнікет пораненого.

Проводить швидкий огляд пораненого на наявність критичної кровотечі.

Перевертає його так, щоб було зручніше надавати допомогу та ховатись за його бронєю.

Підтягує поранену кінцівку якомога ближче до себе.

Перевіряє кишені пораненого на наявність предметів, які можуть перешкодити ефективно накласти турнікет на кінцівку.

Розкриває турнікет та накладає його максимально високо і туго.

Рятувальнику важливо запам'ятати час накладання.

Рятувальник запитує у командира підрозділу дозволу на переміщення пораненого в укриття.

Відеоматеріал: Допомога пораненому під вогнем противника



У разі отримання дозволу від командира, поранений переміщується в укриття.

Рятувальник переводить пораненого в стабільне бічне положення в тому разі, якщо можливість переміщення в укриття відкладається і є небезпека, що поранений втратить свідомість.

3.1. Знати методи швидкого та ефективного переміщення пораненого в укриття наодинці чи в складі групи (до під завдання 000Г(Б).21Л.0212, 000Г(Б).21Л.0213, 000Г(Б).21Л.0214)

Переміщення пораненого в безпечну зону є важливою складовою в системі заходів з надання домедичної допомоги на полі бою. Один з ключових аспектів надання допомоги постраждалим в тактичних умовах – це запобігання появі нових постраждалих. Переміщення постраждалого здійснюється відповідно до плану порятунку з повним дотриманням вищевизначеного принципу. Розробка плану порятунку постраждалого в зоні обстрілу завжди повинна бути на першому місці навіть коли надання допомоги постраждалому вкрай необхідне.

Після отримання дозволу від командира на здійснення переміщення поранених із зони обстрілу в зону укриття необхідно спланувати кількість рятувальників та кількість бійців з команди вогневого прикриття. Заздалегідь спланувати шляхи підходу та відходу, визначити найбільш небезпечні напрямки. Запланувати та розподілити між евакуаційною командою місця в зоні обстрілу, які можна використати, як тимчасовий захист при зміні бойової обстановки. Перевірити особисту зброю, засоби індивідуального захисту та необхідне медичне спорядження у всіх членів евакуаційної команди. Нагадати всім бійцям евакуаційної команди способи підтримання зв'язку та порядок роботи в зоні ураження. Далі слід намагатись встановити голосовий контакт з постраждалими. При встановленні голосового контакту з пораненим вимагайте від пораненого дій щодо його самостійного виходу з зони обстрілу, а при необхідності — і накладання собі кровоспинного джгута. У випадку коли поранений безпомічний, голосовий зв'язок з ним підтримується постійно аж до моменту контакту. Такі дії спрямовані на зменшення ризику отримати бойову травму для всіх бійців під час здійснення евакуації пораненого.

3.1.1. Ключові моменти

Обов'язково треба дотримуватися нижченаведених принципів при наданні допомоги постраждалим у тактичних умовах:

а) дочекатись завершення поставленої бойової задачі та отримати дозвіл у командира на евакуацію;

б) вжити всіх заходів для зменшення ризику виникнення недоцільних ушкоджень серед особового складу;

в) надавати допомогу постраждалому тільки відповідно до своєї фахової підготовки і у обсязі, обумовленому тактичною зоною.

Якщо вам потрібно перемістити пораненого під час Допомоги під вогнем, швидко складіть план, як ви будете це робити.

З місця отримання поранення перемістіть бійця в найближче місце поза прямою дією ворожого вогню.

Як тільки кровотеча буде зупинена, перенесіть/перетягніть пораненого в укриття (однією або двома особами).

Під час фази Допомоги під вогнем при переміщенні поранених травми хребта не є пріоритетом

Перш за все необхідно розробити план переміщення пораненого (у відповідності до стандартних операційних процедур підрозділу). З місця отримання поранення ви повинні перемістити бійця в найближче місце поза прямою вражаючою дією ворожого вогню. Щойно ви накладете турнікет, наступним пріоритетним кроком буде переміщення пораненого до найближчого укриття та вихід з-під ворожого вогню противника/з-під прямої загрози.

Перенесення та перетягування поранених дозволять рятувальникам зробити це максимально швидко, не завдаючи ще більшої шкоди постраждалим (якщо можливо). Слід зазначити, що в цій фазі надання допомоги тактичні умови не дозволяють зосередитися на заходах попередження травм хребта під час переміщення пораненого.

Залежно від рівня свідомості пораненого, загрози з боку супротивника, умов місцевості або інших міркувань можна використовувати різноманітні варіанти переміщення постраждалого. Кожен з них має як переваги, так і потенційні недоліки.

Вибір методу переміщення буде залежати від тактичних умов, ступеня загрози рятувальникам і пораненому, кількості рятувальників та злагодженості їх дій!

3.1.2. Перенесення (перетягування) поранених в укриття

3.1.2.1. Перетягування пораненого за допомогою елементів спорядження чи руками

Примітка: хоча дана послідовність дій дозволяє перенести постраждалого в укриття чи безпечне місце, вона не підходить для довших дистанцій та збільшує шанси на заподіяння додаткової шкоди здоров'ю потерпілого. Цей метод може бути використаний у разі, якщо ворожий обстріл не дозволяє транспортувати постраждалого в інший спосіб. Під час транспортування як рятівник, так і потерпілий можуть зазнати додаткових поранень. Завжди пам'ятайте про небезпеку.

Тримайте постраждалого за елементи його спорядження або за руки. Якщо обрано спосіб перетягування пораненого за бронезилет, візьміться за лямки бронезилета якомога ближче до його передньої плити, щоб уникнути задушення пораненого (плита бронезилета опиняється над нижньою частиною обличчя пораненого і не стискає шию).



Відеоматеріал: метод перетягування за бронезахист вдвох

3.1.2.2. Перетягування пораненого однією особою двома руками з захопленням під пахвами

Опустіться на коліна за головою постраждалого, який лежить на спині. Посадіть постраждалого, ховаючись за ним. Просуньте свої руки долонями догори під плечі постраждалого так, щоб його ділянки під пахвами опинилися на згинах Ваших ліктів. Для надійнішої фіксації можете додатково захопити руками одяг постраждалого.



Відеоматеріал: метод перенесення "дай мені свій годинник"

3.1.2.3. Перенесення пораненого однією особою методом Гауса або "наплічника"

Примітки:

Цей метод повинен використовуватися лише для притомних постраждалих. Вага постраждалого лягає на спину рятувальника.

Перенесення постраждалого високо на спині спрощує його транспортування на відстань 50 – 300 метрів.

При даному способі транспортування постраждалий захищає рятувальника від випадкових влучань.

Аби виключити травмування рук постраждалого, Ви повинні тримати їх у природному положенні навколо своєї шиї, фіксуючи за плечі або лікті.

Цей спосіб переміщення підходить для випадків, коли рятувальнику разом з постраждалим треба пересуватися вузьким простором (коридор, траншея), зайти чи вийти з приміщення тощо.

6. Якщо постраждалий не може самостійно стояти, Вам знадобиться помічник, який його притримуватиме.



Відеоматеріал: метод перенесення "дай мені свій годинник" вдвох

Присядьте перед постраждалим – обличчям у тому ж напрямку, що й він. Його руки мають охоплювати Вашу шию. Захопіть плече постраждалого вище ліктя і переконайтесь, що його рука повністю лежить на Вашому плечі.

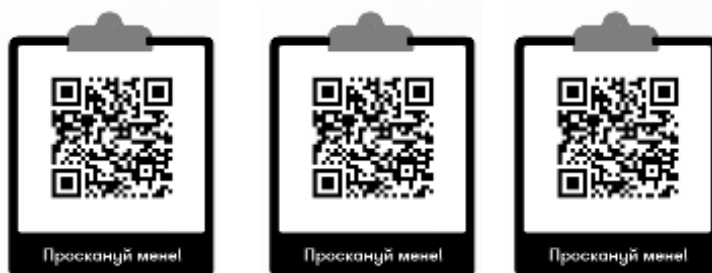
3.1.2.4. Перетягування пораненого двома особами за допомогою елементів спорядження чи рук

Примітки:

1. Спорядження повинно бути перевіреном та надійно закріпленим на пораненому.

2. Цей спосіб може бути використаний для перетягування постраждалого лише на короткі дистанції та не підходить для переміщення поранених на довші відстані, оскільки існують шанси на отримання додаткових травмувань як рятівниками, так і постраждалим.

3. Під час підготовки до перетягування пораненого один із рятівників виходить дещо вперед і прикриває пораненого та другого рятівника вогнем із особистої зброї.



3.1.2.5. Перенесення постраждалого двома особами “за ремінь”

Примітки:

1. Ця техніка може використовуватись для переміщення притомних і непритомних поранених. 2. Для зручності рятівників можна використовувати захоплення за пасок (ремінь) або за штани постраждалого. 3. Цей спосіб перенесення пораненого може передбачати розворот і рух в протилежну сторону, тому важливе значення має комунікація між рятівниками, яка повинна бути здійснена заздалегідь (до виходу рятівників з укриття). 4. Під час підготовки до переміщення пораненого один із рятівників виходить дещо вперед і прикриває пораненого та іншого рятівника вогнем із особистої зброї.



Відеоматеріал: метод перенесення "дай мені свій годинник" вдвох

3.2. Знати порядок переміщення поранених з поля бою, бойової машини, автомобіля (до підзавдання 000Г(Б).21Л.0215, 000Г(Б).21Л.0216)

Щоб надати першу допомогу пораненому, що знаходиться в бронеоб'єкті (танк, бойова машина піхоти, бронетранспортер), його треба звідти витягти. Малі розміри бойових відділень, необхідність зміни положення приладів і механізмів, складність наближення до поранених різко ускладнюють здійснення медичної допомоги всередині машини. Тому там вона надається екіпажем або медичними працівниками тільки у випадках, які не терплять зволікання (загрозлива життю крововтрата, асфіксія, займання одягу).

Способи вилучення поранених залежать від конструктивних особливостей техніки, ступеня її ушкодження, умов бойової обстановки та стану потерпілого. Для посадки членів екіпажу і десанту, його виходу, а також для вилучення поранених в бойових машинах є відповідні люки і двері.

У танку таких люків чотири. Люки командира танка і навідника знаходяться зверху башти (перший — праворуч, другий — ліворуч) і можуть відкриватися як зсередини, так і зовні; люк механіка-водія розташований в середній частині корпусу машини (перед баштою); люк запасного виходу — за сидінням механіка-водія в днищі корпусу. Обидва вони відкриваються тільки зсередини.

Бойова машина піхоти має три люка для екіпажу (командира, механіка-водія і навідника-оператора), чотири десантних люка і кормові двері. Люк механіка-водія, як і в танку, розташований в передній частині корпусу (перед баштою), люк командира розміщений позаду нього, люк оператора-навідника — у башті. До наводчика-оператора можна наблизитися також через праве десантне відділення. Люки десантного відділення змонтовані позаду башти, в задній частині машини. Двома кормовими дверима закінчується задня частина БМП. Люк механіка-водія БМП відкривається тільки зсередини машини, інші люки і кормові двері — як зсередини, так і зовні.

Бронетранспортер БТР-80 забезпечений люками командира і механіка-водія (перед баштовою установкою паралельно один одному), а також бічними люками. Перші два відкриваються зовні. Для того щоб проникнути в бойову машину або допомогти витягти пораненого з неї, надає допомогу повинен подати екіпажу задалегідь встановлений сигнал. Таким сигналом може бути постукування залізним предметом (наприклад, малої саперною лопатою) по корпусу машини або команда, що передається по засобах зв'язку. Встановивши взаємодію, той хто надає допомогу за допомогою екіпажу (десанту) відкриває

(спеціальним ключем) намічений люк машини і проникає всередину її. Щоб легше було це зробити, треба зняти з себе медичну сумку і опустити її в люк, якщо дозволяє обстановка, можна таким же чином вчинити і з протигазом. Зручніше залазити в машину і працювати в ній без верхнього одягу.

4. Вміти забезпечувати проходність дихальних шляхів в зоні під вогнем (до завдання 000Г(Б).21Л.04)

4.1. Знати правила повороту пораненого без свідомості на бік (до підзавдання 000Г(Б).21Л.0401)

Коли переміщення пораненого із зони прямої загрози неможливе, або ж необхідно продовжити виконання бойового завдання- положення бійця обличчям до неба, на полі бою може нівелювати всі спроби його врятувати. Наступною превентабельною причиною смертності на полі бою, по ризику виникнення, після смерті від критичної кровотечі- є перекриття дихальних шляхів.

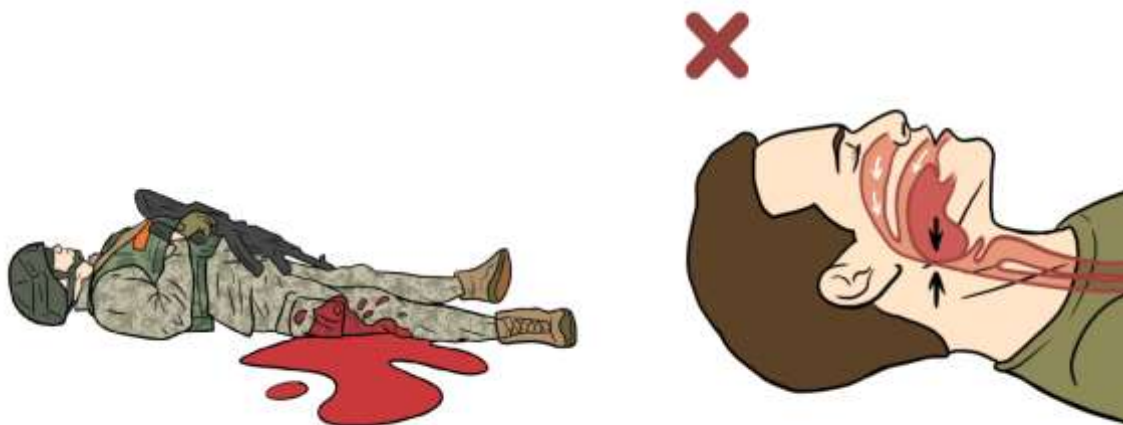


Рисунок 58 – Перекриття язиком дихальних шляхів у пораненого

Якщо постраждалий перебуває без свідомості та/або має ризик втрати свідомості й водночас не має ознак обструкції (непрохідності) верхніх дихальних шляхів, варто застосувати метод перевертання постраждалого на бік;



Рисунок 59 – Швидкий перевертання пораненого на бік

В разі потреби й за відсутності критичної кровотечі, зважаючи на тактичну ситуацію, пораненого можна залишити в стабільному боковому положенні,

оскільки це дасть йому змогу дочекатися наступної евакуації. В стабільному боковому положенні ризик аспірації блювотних мас чи крові є значно меншим, як порівняти з положенням пораненого горілиць (лежачи на спині й обличчям до неба).

5. Вміти надавати допомогу в зоні тактичного укриття (в умовах непрямой загрози) (до завдання 000Г(Б).21Л.05)

5.1. Знати основні правила безпеки та охорони території при роботі в умовах непрямой загрози (до підзавдання 000Г(Б).21Л.0501)

Важливо! На цьому етапі надання допомоги здійснюється в умовах непрямой загрози (до початку медичної евакуації пораненого до стабілізаційного пункту чи іншого лікувального закладу).

Таким чином, даний етап надання допомоги називається **етап надання Допомоги в зоні тактичного укриття (в умовах непрямой загрози)**

Цей етап надання допомоги відрізняється від попереднього етапу (*в умовах прямої загрози (в зоні під вогнем)*) тим, що допомога пораненим та постраждалим надається, коли безпосередньої загрози життю немає. Це стосується як постраждалих, так і тих, хто надає допомогу. Отже, загрози мають бути усунуті, а місце надання допомоги повинно бути безпечним.

Під час організації охорони командир вказує порядок ведення спостереження за місцевістю, повітрям і сигналами, призначає спостерігача, вказує його місце і завдання, а також встановлює порядок дій особового складу у разі раптового нападу противника. В обороні точки збору поранених і при розташуванні на місці, крім цього, командир взводу визначає необхідну кількість чергових вогневих засобів і чатових, їхні місця і завдання.

Для надання допомоги в польових умовах слід виконати певні **стандартні операційні процедури:**

а) забезпечити периметр безпеки:

1) підрозділ завжди має контролювати тактичну ситуацію;

2) медики та рятувальники повинні бути готові швидко перемістити поранених у разі виникнення такої необхідності;

б) роззброїти постраждалих та контролювати їхні засоби зв'язку:

1) роззброєння постраждалих необхідне для безпеки тих, хто надає допомогу, та самих поранених;

2) контроль засобів зв'язку необхідний задля безпеки всього підрозділу;

3) зброя та засоби зв'язку не повинні бути доступними пораненим, які перебувають у стані шоку, під дією препаратів, що змінюють свідомість, або у випадку травми голови;

в) провести сортування (тріаж) постраждалих за потреби:

1) у першу чергу слід надавати допомогу пораненим з масивними кровотечами;

г) забезпечити біологічну безпеку тих, хто надає допомогу:

1) рекомендується використовувати безлатексні рукавички задля уникнення передачі інфекційних захворювань при контакті з кров'ю пораненого.

Також важлива роль належить комунікації:

а) спілкуйтеся з пораненим, заспокоюйте, підбадьоруйте його, пояснюйте кожен дію з надання допомоги,

б) комунікуйте з медиками та іншими рятувальниками щодо стану постраждалого, пересування та надану медичну допомогу;

в) повідомте командування про наявність у підрозділі поранених та про необхідність їхньої евакуації;

г) передайте інформацію про поранених до лікувального закладу, до якого планується медична евакуація.

5.2. Знати правила оцінки психічного статусу пораненого (до підзавдання 000Г(Б).21Л.0504)

Бойовий стрес – це загальний термін, що охоплює всі можливі реакції військовослужбовців на бойові умови. Термін *«бойова втома»* використовується для опису будь-якої пов'язаної з боєм стресової реакції, що потребує допомоги. Більшість військовослужбовців, у яких проявляються ознаки і симптоми емоційних чи психологічних розладів не мають психічних проблем, вони, швидше, намагаються подолати стрес військових операцій.

Бойовий стрес спочатку проявляється як індивідуальна нездатність людини виконувати свої прямі службові обов'язки. Серед найбільш характерних ознак необхідно відзначити покидання поля бою, нез'ясування відсутність та ін. У тих бійців, які відчувають бойову втому, існує велика ймовірність повторення симптомів, тому чим невідкладніше буде надана допомога, тим більше шансів швидкого відновлення.

Для своєчасної діагностики не обов'язково тримати в пам'яті всі можливі ознаки і симптоми бойового стресу, набагато кориснішим буде запам'ятати **одне просте правило**: *«Знайте своїх побратимів і будьте готовими помітити будь-які раптові, тривалі чи прогресуючі зміни в їх поведінці, що несуть потенційну загрозу безпеці та функціонуванню вашого підрозділу»*.

Процес відокремлення військовослужбовців з бойовою втомою від відносно невеликої кількості осіб, які мають реальні психічні розлади називається **нейропсихіатричним сортуванням**. Основний показник того, що спостережувана симптоматика не являється ознакою психіатричної патології – збереження військовослужбовцем в достатній мірі критичної оцінки того, що відбувається і здатності до цілеспрямованої діяльності.

Здійснюючи оцінку стану бійця в тактичних умовах завжди думайте про безпеку. Якщо виникають сумніви стосовно власної безпеки, безпеки самого військовослужбовця чи його оточення – необхідно доповісти командирі про небезпеку. Переконайтеся, що у нього вилучена зброя і він знаходиться під постійним супроводом.

5.3. Знати алгоритм первинного сортування поранених (до підзавдання 000Г(Б).21Л.0506)

Найперше сортування називається “просіювання”. “Просіювання” відбувається при першому контакті постраждалого з особою що надає допомогу в зоні укриття. Метою цього сортування є виявлення поранених і хворих, що потребують негайної медичної допомоги.

Це визначається за допомогою огляду поранених за алгоритмом MARCH, а саме по першим двом літерам “М” і “А”. Проведення скороченого огляду буде доцільним при масовому надходженні поранених і пояснюється як браком часу, так і недостатньою кількістю персоналу.

Під час „просіювання” виділяються ще дві категорії “безнадійні”, або померлі та легкі.

Особливі зауваження щодо сортування.

Невпізнаних постраждалих або без документів сортуємо та надаємо допомогу, як своїм, але вони повинні перебувати під пильним наглядом.

Поранених, що отримали зараження від біологічної або хімічної зброї слід знезаразити перед передачею на наступні рівні.

Полонені перебувають під вартою і отримують допомогу в останню чергу ресурсами, що залишилися.

При виявленні поранених із засобами ураження, що не вибухнули в їх тілі, ізолюють та надають допомогу після їх розмінування саперною групою.

Некомбатанти отримують допомогу в останню чергу.

5.4. Знати алгоритм проведення огляду за MARCH (до підзавдання 000Г(Б).21Л.0508)

Повний травма-огляд пораненого і надання йому подальшої допомоги проводяться за алгоритмом MARCH, де:

M (Massivehemorrhagecontrol, контроль критичних кровотеч) — зупинка критичних кровотеч механічним способом.

A (Airwaymanagement, контроль дихальних шляхів) — забезпечення прохідності дихальних шляхів.

R (Respiratorymanagement, контроль дихання) — відновлення дихання, оклюзія та розгерметизація грудної клітки.

C (Circulation, кровообіг) — оцінювання наявності шоку

H (Hypothermia, гіпотермія) — захист від переохолодження.

H (Headinjury — травма голови, Eyeinjury — травма очей) — допомога при травмі голови й очей.

Послідовність MARCH стосується проблем, які можуть бути небезпечними для життя. Порядок підходу до них також окреслюється цією послідовністю, починаючи з масивної кровотечі. Щоразу, коли під час огляду ви

виявляєте потрібність втручання чи лікування, призупиніть оцінювання, щоб завершити лікування, а потім відновіть огляд із того місця, де ви зупинилися. Обов'язковим є повторний швидкий огляд і переоцінювання проведених маніпуляцій, якщо надання допомоги було припинено через тактичні обставини.

6. Вміти надавати допомогу у випадку масивної зовнішньої кровотечі (до завдання 000Г(Б).21Л.06)

6.1. Знати алгоритм огляду пораненого для виявлення масивних кровотеч (до підзавдання 000Г(Б).21Л.0601)

MARCH – це не тільки акронім. Це пріоритетність у лікуванні, причому **М** – завжди найбільш важлива літера. MARCH не є лінійним процесом. Якщо в будь-який момент виникає неконтрольована масивна кровотеча, повертайтеся на літеру М.

Перший крок при наданні допомоги в польових умовах полягає у виявленні нерозпізнаної загрозової для життя масивної кровотечі та її зупинці (з усіх можливих джерел). За наявності у пораненого незупиненої масивної кровотечі слід зробити все задля її негайної зупинки!

Необхідно здійснити огляд пораненого на предмет інших уражень та кровотеч, невиявлених на попередньому етапі. Усі кровотечі, що загрожують життю, повинні бути зупинені. Починати огляд слід з кінцівок, зокрема, з тієї кінцівки, яка має ознаки масивної кровотечі або на якій вже є турнікет. Необхідно зрізати або зняти одяг та взуття з постраждалого, щоб побачити **безпосередньо саме поранення**, після чого вжити заходів задля зупинки кровотечі з нього. Кінцівки слід оглядати **повністю!** Також слід обстежити вузлові зони (основу шиї, зони під пахвами, промежину, пах, сідниці), щоб виявити можливі поранення.

6.2. Знати правила зупинки масивних кровотеч в зоні укриття (до підзавдання 000Г(Б).21Л.0603)

6.2.1. Початковий прями́й тиск на рану

До здійснення втручання (зокрема, до накладання турнікета) рекомендується застосувати початковий прями́й тиск на рану (рисунок 60).

Прями́й тиск може і повинен використовуватися як тимчасовий засіб припинення кровотечі до моменту накладання турнікета або пов'язки, або ж якщо попередньо використані засоби зупинки кровотечі перестали бути ефективними, і розпочинається використання нових засобів зупинки кровотечі.



Рисунок 60 – Початковий прями́й тиск на рану

В аптечці першої допомоги є три засоби, які можуть бути використані для зупинки кровотечі:

- а) турнікет (типу CAT або інший, рекомендований Комітетом Tactical Combat Casualty Care);
- б) гемостатичний бинт;
- в) бандаж для накладання тиснучої пов'язки (рисунок 59).

Джгути, схвалені CoTCCC



Гемостатичний бинт та тиснучі (давлячі) пов'язки



Тиснучі пов'язки для забезпечення подальшого тиску



Рисунок 61– Засоби, які можуть бути використані для контролю кровотечі на етапі надання допомоги в польових умовах

6.3. Знати алгоритм роботи з турнікетом в зоні тактичного укриття (до підзавдання 000Г(Б).21Л.0605)

Турнікет на цьому етапі надання допомоги накладається безпосередньо **на шкіру пораненого!** (Для порівняння: на етапі надання *Допомоги під вогнем* турнікет накладається *на одяг* пораненого).

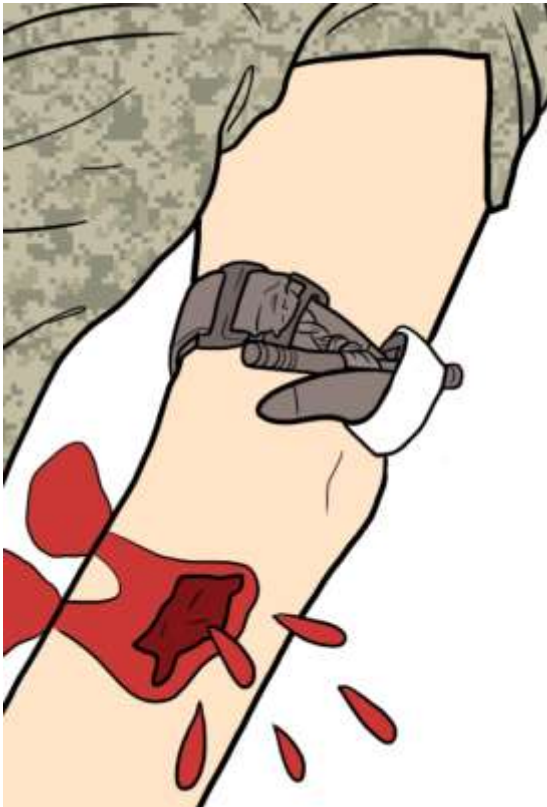
Для контролю масивної кровотечі з кінцівки турнікет накладається **на 5-8 сантиметрів вище поранення!** (Для порівняння: на етапі надання *Допомоги під вогнем* турнікет, зазвичай, накладається *максимально високо* на кінцівку).

Якщо кровотечу не зупинено за допомогою накладання першого турнікета, слід накласти другий турнікет поруч із першим (рисунок 60 а,б).

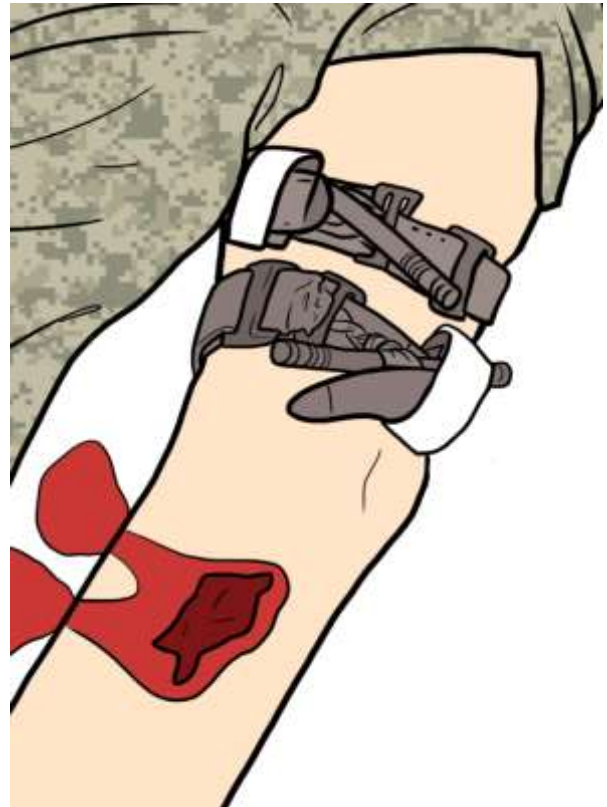
Після накладання турнікета обов'язково слід перевірити його ефективність:

переконались, що кровотеча з поранення **припинилася**,

перевірити пульс дистальніше поранення (ближче до кисті/стопи) на руці чи на нозі, щоб переконалися у **відсутності пульсу** (рисунок 61, 62).



а)



б)

Умовні позначки:

а) оцінка неефективності першого турнікету, б) другий турнікет поряд з першим

Рисунок 62 – Накладання другого турнікета поруч з першим у разі його неефективності



Рисунок 63 – Перевірка дистального пульсу на руці після накладання турнікета



Рисунок 64 – Перевірка дистального пульсу на нозі після накладання турнікета

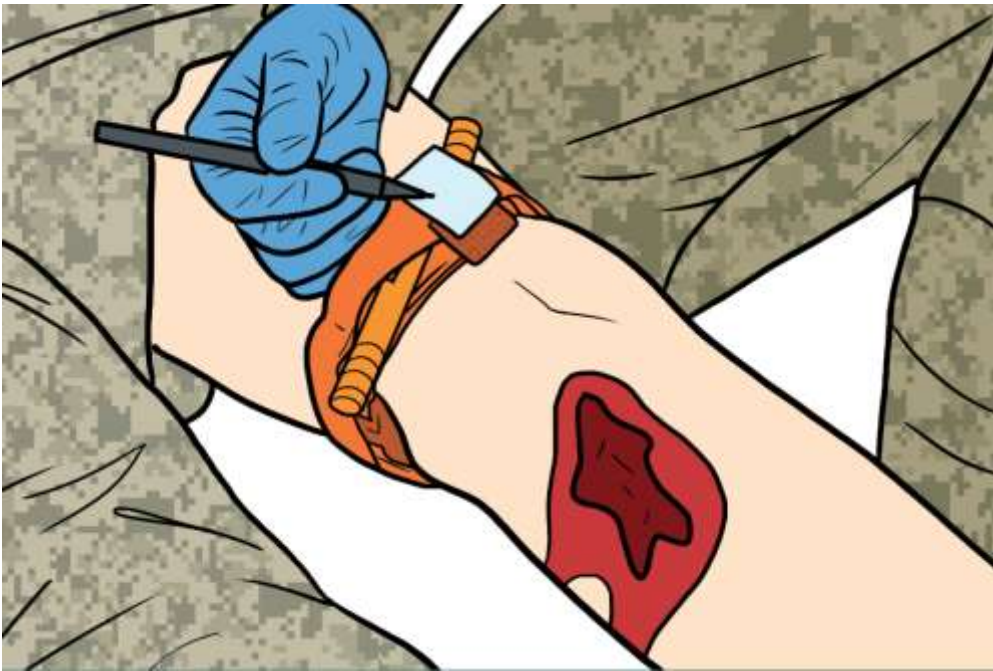


Рисунок 65 – Запишіть час накладання на стрічці турнікета

Важливі вказівки щодо накладання турнікета

Турнікет припиняє кровопостачання до частини кінцівки, яка знаходиться нижче місця накладання. Це – найкращий метод зупинки кровотечі з руки або ноги. Якщо турнікет накладено правильно, постраждалий відчуватиме біль, оскільки турнікет повинен тиснути з достатньою силою, щоб припинити кровообіг в кінцівці. Постраждалого слід поінформувати про те, що біль є нормальним явищем у випадку, якщо турнікет накладено достатньо туго.

Результат накладання турнікета залежить від того, наскільки швидко його було накладено. Для зупинки масивної кровотечі турнікет повинен бути накладений протягом однієї хвилини і остаточно зафіксований протягом трьох хвилин. **Поранений з незупиненою масивною кровотечею може загинути протягом трьох хвилин!**

Ефективність турнікетів, що були накладені на етапі надання Допомоги під вогнем, повинна бути переоцінена на етапі Допомоги в польових умовах. Якщо необхідно, на етапі надання допомоги в польових умовах здійснюється повторне накладання турнікета на 5-8 сантиметрів вище поранення. Цей турнікет називається «обдуманим», оскільки накладається більш прицільно.¹

Накладений турнікет не завдає шкоду кінцівці протягом перших двох годин. Після трьох годин тканини починають відмирати. Після 6 годин знаходження турнікета кінцівку може бути втрачено.

Важливо! Турнікет – це вимушений тимчасовий засіб зупинки кровотечі! Він зберігає пораненому життя, але при тривалому накладанні може призвести до незворотних змін і, як наслідок, – до ампутації кінцівки! Слід зробити все можливе, щоб турнікет був замінений або переміщений якомога швидше, але не пізніше двох годин від його накладання.

Процедуру заміни (конверсії) або переміщення турнікета здійснює бойовий медик або стрілець-санітар.

Поширені помилки при накладанні турнікетів:

Відсутність накладання турнікета, коли це необхідно, або занадто довга затримка перед його накладанням.

Недостатнє перше затягування стрічки.

Недостатньо туге закручування воротка.

Відсутність накладання другого турнікета, коли це необхідно.

Накладання турнікета при мінімальних кровотечах.

ВАЖЛИВО! У разі сумніву, чи є необхідність у накладанні турнікета, чи ні, краще накласти турнікет!

Накладення турнікета занадто проксимально (високо), коли чітко видно місце кровотечі з “найвище” розташованого поранення.

Послаблення затягнутого турнікета на якийсь час для “відновлення циркуляції крові” (більша частина крові витікатиме крізь поранення).

Накладання турнікета поверх суглобів. Не слід цього робити!

Зняття турнікета. Турнікет можуть зняти лише стрільці – санітари, бойові медики або лікарі!

З плином часу натяг турнікета може послабитись, тому кожен накладений турнікет необхідно ретельно контролювати!

Імпровізовані турнікети

Використання імпровізованих турнікетів не рекомендується!



Рисунок 66 – Імпровізований турнікет

На відміну від застосування імпровізованих турнікетів, використання турнікетів, **рекомендованих** Комітетом з Tactical Combat Casualty Care (CoTCCC), вважається безпечною процедурою.

Імпровізовані турнікети значно менш ефективні затурнікети, рекомендовані СоТССС! Крім того, імпровізовані турнікети складно як виготовити на місці, так і ефективно застосувати. Їхнє використання обумовлює низку ризиків.

Ризики, пов'язані з використанням імпровізованих турнікетів:

- а) можна пошкодити шкіру, якщо ремінь турнікета занадто тонкий;
- б) кровотеча може посилитися;
- в) кровотеча може бути зупинена не повністю;
- г) натяг імпровізованого турнікета, швидше за все, з часом послабиться через відсутність надійної фіксації.

Якщо доступного турнікета немає, рекомендується виконати тампонування поранення та здійснювати тиск на основне джерело кровотечі.

6.4. Зупиняти кровотечі методом тампонування (до підзавдання 000Г(Б).21Л.0314, 000Г(Б).21Л.0315)

Залежно від типу та локалізації поранення, постраждалому може знадобитися тампонування рани та накладання тиснутої пов'язки. Для цього використовуються гемостатичні перев'язувальні матеріали, що містять спеціальну хімічну речовину, яка підсилює утворення кров'яних згустків (тромбів).

Гемостатичний бинт може використовуватись для зупинки кровотеч із вузлових ділянок, які можна зупинити за допомогою прямого тиску. **Вузлові ділянки** знаходяться в місцях приєднання кінцівок і шиї до тулуба, там розміщуються великі кровоносні судини. Кровоносні судини у вузлових ділянках більші за розміром, ніж у кінцівках, але все ще піддаються зовнішній компресії із застосуванням прямого тиску (рисунок 67).



Рисунок 67 – Приклад поранення у вузлову ділянку області паху та здійснення прямого тиску на поранення

Вузлова кровотеча може також виникнути і з кінцівки, якщо поранення розміщується занадто близько до тулуба, внаслідок чого турнікет неможливо застосувати.

Гемостатичний бинт можна використовувати у поєднанні з тиснучою пов'язкою, або з іншим елементом, що забезпечує тиск.

Індивідуальна аптечка АМЗІ зазвичай містить одно гемостатичний бинт та один марлевий стерильний бинт. Якщо немає доступу до гемостатичного бинта, можна використовувати замість нього звичайний бинт, або чисту тканину.

Не слід тампонувати поранення грудної клітки, живота і таза, а також порожнину черепа, очі та природні отвори.

ВАЖЛИВО! Для тампонування поранень не використовуються жіночі гігієнічні тампони .

Які поранення можна тампонувати?

У першу чергу, це поранення з кровотечами, які можна зупинити за допомогою прямого тиску. Самі поранення, зазвичай, розташовані в таких місцях, на які не можна накласти турнікет для кінцівок (Рисунок 66), а саме:

основа шиї (1);

ділянки під пахвами (2);

пах (3);

промежина (4);

сідниці (5).

рани кінцівок, якщо достатньо часу та дозволяє тактична ситуація

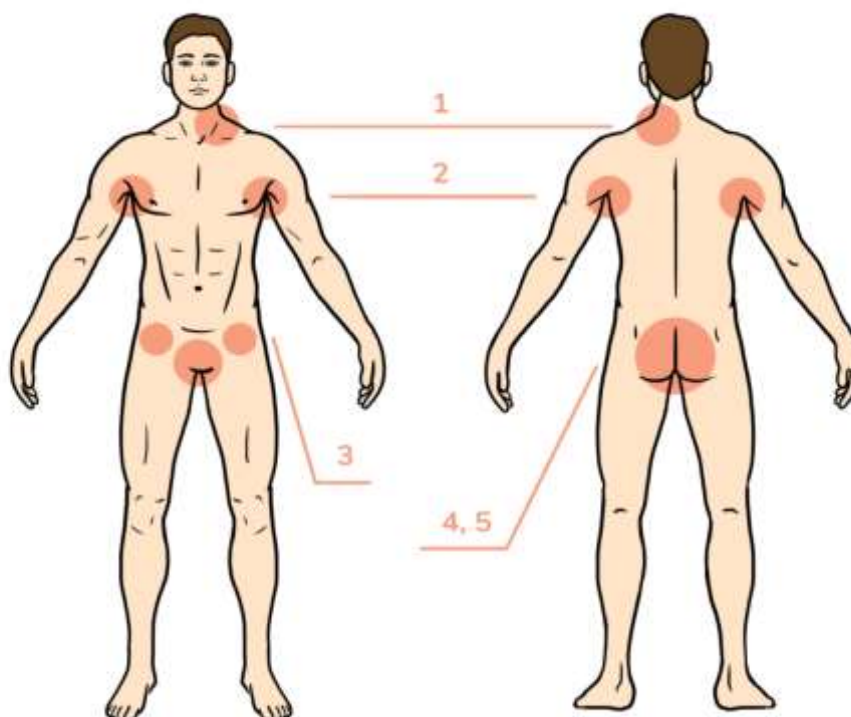


Рисунок 68 – Розташування основних вузлових зон на тілі людини

Порядок тампонування поранення:

розріжте одяг пораненого біля місця кровотечі;

визначте точне **джерело кровотечі** та застосовуйте **прямий тиск**, як тимчасовий засіб зупинки кровотечі, допоки в рані не буде розміщено гемостатичний бинт;

введіть пальці в рану і знайдіть пошкоджену судину;

притисніть судину до кістки;

дістаньте і відкрийте упаковку з гемостатичним бинтом;

створіть із матеріалу кульку діаметром 1-2 см;

введіть кульку в рану і затисніть нею місце кровотечі;

виконайте тампонування рани, зберігаючи **постійний тиск** на джерело кровотечі (рисунок 67);

Переконайтеся, що матеріал для тампонування досягає дна рани та щільно заповнює всі «пустоти» та ранові канали. Це потрібно для забезпечення тиску, необхідного для зупинки кровотечі. У разі необхідності, використовуйте додатковий матеріал для тампонування.



Рисунок 69– Тампонування рани зі збереженням прямого тиску.

Після того, як порожнина рани буде щільно заповнена матеріалом для тампонування, залиште частину матеріалу (діаметром 2,5-5 см) безпосередньо над раною та продовжуйте підтримувати **прямий тиск** на рану. (У разі необхідності також можна використати додатковий матеріал для тампонування).

Прямий тиск необхідно підтримувати не менше 3 хвилин!

Це обов'язкова вимога, навіть якщо використовується гемо статичний бинт з активним хімічним компонентом. У разі використання бинта без активного хімічного елемента тримайте тиск не менше 10 хвилин (рисунок70).



Рисунок70 – Здійснення прямого тиску після тампонування рани



Відеоматеріали: Виконання тампонади в паховій зоні

Перед тим, як послабити тиск і перейти до накладання тиснутої пов'язки, акуратно підніміть свою руку над краєм рани і перевірте, чи зупинилася кровотеча. Якщо так, то можете переходити до наступного етапу - накладання тиснутої пов'язки. Якщо кровотеча з рани продовжилася - потрібно повторно перетампонувати рану новим бинтом, заповнюючи всі пропущені раніше порожнини.

Слід уважно спостерігати за пораненням, щоб визначити, чи було остаточно зупинено кровотечу.

6.5. Використання тиснучої пов'язки (до підзавдання 000Г(Б).21Л.0316)

Після того як Ви переконалися, що кровотечу було зупинено, на рану слід накласти тиснучу пов'язку.

Підготуйте стерильну подушупов'язку та розташуйте її безпосередньо над кровоспинним бинтом або відкритою раною (рисунок71).



Рисунок 71 – Початковий етап накладання тиснутої пов'язки

Обмотайте биндаж навколо пораненої кінцівки. Якщо є пластиковий елемент для тиску, проведіть биндаж крізь нього (рисунок 72). Не забувайте під час накладання пов'язки утримувати тиск на рану.



Рисунок 72 – Використання пластикового елемента для тиску під час накладання пов'язки

Після проведення биндажу крізь елемент для тиску змініть напрям обмотування биндажу на протилежний (рисунок 73) задля забезпечення додаткового тиску.



Рисунок 73 – Використання елемента для тиску під час накладання пов'язки

Виконуйте короткі затягування пов'язки. Повністю розтягніть і розправте пов'язку, щоб вона не перетворилась на імпровізований турнікет.

Намагайтесь зберегти положення гемостатичного бинта в затампонованій рані при накладанні пов'язки.

Продовжуйте обмотувати биндаж навколо кінцівки у протилежному від початкового напрямку. Щільно обмотайте биндаж навколо елемента для тиску.



Рисунок 74 – Завершення накладання компресійної пов'язки

Продовжуйте обмотувати пов'язку навколо кінцівки, закриваючи нею усі краї гемостатичного бинта. Закріпіть краї фіксатора за один з обертів пов'язки (рисунок 72).

Пов'язка накладена неправильно:

якщо шкіра нижче тиснучої пов'язки стала холодною на дотик або синіє;

якщо постраждалий скаржиться на оніміння кінцівки;

якщо пульс нижче накладеної пов'язки більше не відчувається (за умови коли він був присутній до перев'язки).



*Відеоматеріали:
Фіксація тампонади в паховій зоні*

Рисунок 76 – Перевірка пульсу дистальніше пов'язки

Якщо кровообіг в кінцівці суттєво знижено або припинено, ослабте та повторно накладіть пов'язку. Якщо поранений втратив багато крові і перебуває в стані шоку - не проводьте самостійно цю маніпуляцію. негайно покличете стрільця-санітара або кваліфікованого медика.

Стан пов'язки, гемостатичних бинтів та самого поранення необхідно оцінювати ЩОРАЗУ при переміщенні пораненого.

ВАЖЛИВО! Всі накладені турнікети, тампонади та бандажі повинні постійно, повторно оцінюватись!

6.6. Забезпечення прохідності дихальних шляхів у постраждалих у свідомості (до підзавдання 000Г(Б).21Л.0318)

Розстебніть ремінець шолома постраждалого, попередньо оглянувши шолом на наявність в ньому осколків або інших ушкоджень, які можуть свідчити про пошкодження черепа. За можливості, зніміть з пораненого шолом. Необхідно переконатися в тому, що дихальні шляхи постраждалого прохідні.

6.7. Забезпечення прохідності дихальних шляхів у постраждалих без свідомості (до підзавдань 000Г(Б).21Л.0317, 000Г(Б).21Л.0319, 000Г(Б).21Л.0320)

Якщо поранений непритомний і лежить на спині, необхідно перевірити, **чи є у нього дихання:**

нахиліться вухом до його носа і рота;

очима стежте за рухами грудної клітки і живота пораненого;

дивіться, чи рухається грудна клітка, слухайте, чи виходить повітря при видиху, відчувайте потік повітря на щоці (**бачу-чую-відчуваю**).



Рисунок 79 – Оцінка дихання методом “бачу-чую-відчуваю”

Якщо поранений **непритомний, але дихає**, переведіть його в стабільне бокове положення (дивись нижче), за винятком тих випадків, коли є підозра на травму шиї, хребта або таза.

Якщо поранений **непритомний і не дихає**, потрібно оглянути його дихальні шляхи, видалити сторонні тіла з дихальних шляхів, якщо такі є, і, за необхідності, здійснити маневр виведення нижньої щелепи постраждалого. Для цього станьте біля голови постраждалого. Поранений при цьому повинен лежати на твердій пласкій поверхні в положенні «на спині», якщо це можливо.

Ознаки обструкції дихальних шляхів:

тяжка травма обличчя;

наявність крові або сторонніх тіл у дихальних шляхах;

поранений, перебуваючи у свідомості, показує, що він не може дихати;

поранений видає звуки у вигляді хрипіння або булькання.

Якщо постраждалий **притомний** і розмовляє з вами, це означає, що його дихальні шляхи прохідні.

Однак постраждалий може мати труднощі з диханням!

Поранені зі значними травмами обличчя часто можуть самостійно забезпечити прохідність своїх дихальних шляхів, зайнявши сидяче положення та нахилившись вперед.

У такому випадку, допоможіть притомному пораненому зайняти **будь-яке** комфортне для нього положення тіла, яке дозволяє йому дихати легко і вільно, наприклад, сидяче.

6.8. Виконання маневрів розгинання голови/виведення підборіддя та виведення нижньої щелепи (до під завдання 000Г(Б).21Л.0321)

Особа, що надає допомогу, розміщується за головою постраждалого.

Відкрийте рот постраждалого та огляньте його. Рот слід відкривати, створюючи легкий тиск великими пальцями на нижню щелепу постраждалого (рисунок 83). Визначіть, чи є всередині предмети, що можуть зумовлювати непрохідність дихальних шляхів як-от: сторонні тіла, зламані зуби, блювотиння, а також опіки чи набряк тканин.



Рисунок 85 – Розгинання голови та виведення підборіддя постраждалого

Якщо ви **бачите** в дихальних шляхах постраждалого **стороннє тіло**, ви можете зробити спробу видалити його. Не вводьте пальці до рота постраждалого в намаганні видалити стороннє тіло, якого ви **не бачите**, оскільки це може викликати обструкцію дихальних шляхів! Не виконуйте пальцеве очищення рота постраждалого наосліп!

Якщо поранений після звільнення дихальних шляхів не дихає, або якщо дихальні шляхи не заблоковані стороннім тілом, набряком чи опіками, проте дихання немає, слід запідозрити **западання кореня язика** у пораненого:

язик пораненого, який перебуває у непритомному стані, може втратити м'язовий тонус;

це може призвести до того, що він заблокує дихальні шляхи; опинившись у задній частині рота і перекривши отвір трахеї;

постраждалий може в таких випадках видавати звуки, схожі на хрипіння.

При западанні кореня язика потрібно **розігнути голову** постраждалого та виконати маневр **виведення підборіддя** вперед, щоб відновити прохідність дихальних шляхів.

Для розгинання голови постраждалого та **виведення його підборіддя** потрібно діяти наступним чином:

станьте на коліна за головою постраждалого та опустіть лікті на землю;

розташуйте свої передпліччя вздовж голови пораненого;

помістіть чотири свої пальці під кут щелепи пораненого так, аби вони були нижче вушних раковин, великі пальці покладіть на підборіддя пораненого;

злегка розігніть пораненому голову, після чого, використовуючи вказівні пальці, підніміть нижню щелепу догори, одночасно великими пальцями виводячи підборіддя вперед та вниз;

якщо губи постраждалого все ще закриті, натисніть на нижню губу в напрямку донизу та відкрийте рот постраждалому, аби дозволити повітрю проходити вільно;

оцініть наявність дихання, використовуючи методику «бачу-чую-відчуваю»: спостерігайте за тим, чи піднімається та чи опускається грудна клітка пораненого, прислухайтесь до дихальних шумів та відчувайте рух повітря на своїй щоці.

Важливо! Якщо Ви підозрюєте травму ший та/чи шийного відділу хребта – виконуйте тільки виведення нижньої щелепи, фіксуючи передпліччями голову постраждалого, щоб запобігти її поворотам убік. Ушкодження ший та/чи шийного відділу хребта слід запідозрити у випадку очевидної травми даної ділянки, а також при вибухових травмах та ДТП.

6.9. Переміщення постраждалого в стабільне бокове положення (до під завдання 000Г(Б).21Л.0322)

Усім непритомним пораненим, що не перебувають у стані шоку і в яких немає підозри на травму ший, хребта чи тазу, потрібно надати **стабільне бокове положення**:

а) обережно покладіть пораненого на спину, а ближчу до себе руку пораненого розташуйте під прямим кутом до тіла, зігнуту в лікті, долонею догори захопіть протилежну від вас руку пораненого своєю рукою в замок тильну сторону долоні протилежної від вас руки постраждалого притуліть до ближчої до вас щоки (рисунок 89);



Рисунок 86 – Підготовка до переведення постраждалого в стабільне бокове положення

б) підтримуйте та направляйте голову пораненого під час перевертання. Залучіть помічника, за можливості;

в) підтягніть протилежне до вас коліно пораненого вгору, щоб зігнути ногу та покласти стопу підошвою на землю. Обережно підтягніть це коліно до себе, щоб поранений перевернувся обличчям до вас (рисунок 90);

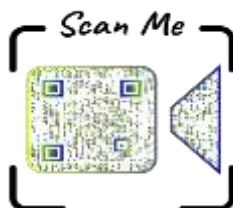


Рисунок 88 – Підведення коліна постраждалого вгору

г) посуňte зігнуту верхню ногу пораненого вперед, щоб вона лягла на землю;

д) обережно підніміть підборіддя пораненого, щоб трохи нахилити його голову назад;

е) перевірте, що поранений в цьому положенні вільно дихає.



Відеоматеріал: Переведення постраждалого в стабільно бокове положення.

6.10. Ознаки нормального дихання та (наростаючої) дихальної недостатності (до підзавдання 000Г(Б).21Л.0324)

Для того, щоб виявити можливі поранення чи травми грудної клітки, потрібно зняти бронезилет з постраждалого, якщо він на ньому є.

Знімайте бронезилет обережно, захищаючи обличчя пораненого від можливих пошкоджень передньою плитою бронезилета.

Після цього оголіть грудну клітку пораненого шляхом знімання або зрізання з нього одягу. Для цього можна скористатися атравматичними ножицями, що містяться в аптечці пораненого.

Підрахунок частоти та глибини дихання необхідний для того, щоб вчасно виявити ознаки дихальної недостатності у пораненого. Скористайтеся методикою “бачу-чую-відчуваю” (рисунок 88):

нахиліться вухом до носа і рота постраждалого;

очима стежте за рухом грудної клітки і живота пораненого, для кращого візуального контролю також можна поставити долоню на межу між грудною кліткою та животом пораненого;

дивіться, чи рухається грудна клітка, слухайте, чи виходить повітря при видиху, відчуйте потік повітря на щоці;

рахуйте кількість дихальних рухів (вдих-видих) протягом 10 або 15 секунд;

для того, щоб дізнатися кількість дихальних рухів за хвилину, помножте отриманий результат на 6 (якщо підрахунок проводився протягом 10 секунд) або на 4 (якщо підрахунок проводився протягом 15 секунд);



Рисунок 92 – Підрахунок частоти дихання пораненого за методикою “бачу-чую-відчуваю”

Нормальна частота дихання у людини складає 12 – 20 дихальних рухів за хвилину. Якщо поранений, якому ви надаєте допомогу, дихає частіше або рідше за ці показники, можна запідозрити у пораненого дихальний недостатності.

Ознаки дихальної недостатності:

- а) утруднене дихання;
 - б) дихання пораненого занадто слабке, щоб бути ефективним (дихання менше 6 разів за хвилину);
 - в) прискорене дихання (більше 20 разів за хвилину);
- Окрім поранень та травм грудної клітки, ознаки дихальної недостатності також можуть бути викликані дією диму або токсичних газів.

ВАЖЛИВО! Повідомити медика про наявність у пораненого ознак дихальної недостатності.

6.11. Порядок огляду грудної клітки (до підзавдання 000Г(Б).21Л.00325)

6.11.1. Поранення та травми грудної клітки, що загрожують життю, можуть викликати ознаки дихального недостатності.

Існують два типи травм грудної клітки, що потенційно можуть нести загрозу життю пораненого:

- проникне поранення**, зокрема, вогнепальне або осколкове (рисунок 93);
- закрита тупа травма грудної клітки**, що виникає в результаті вибуху, ДТП (удару грудної клітки об кермо), заброньової травми (влучання кулі або осколка в бронежилет) тощо (рисунок 94). Може проявлятися у вигляді будь-яких деформацій грудної клітки, а також у вигляді синців, набряків, забоїв на грудній клітці, спині та ребрах, а також у вигляді **крепітації** (потріскування, «лопання бульбашок», скрегіт, які можна почути на слух або відчуті на дотик).



Рисунок 93 – Проникне поранення грудної клітки



Рисунок 94 – Закрита тупа травма грудної клітки

Пошук поранень грудної клітки проводиться наступним чином: слід оголити (як вже було сказано), оглянути, пропальпувати (відчути пальцями) та перевірити ВСЮ поверхню грудної клітки, включаючи її передню, задню та бічні поверхні, а також ділянки під пахвами.

ВАЖЛИВО! Перед тим, як перевертати пораненого, слід обов'язково перевірити у нього цілісність таза.

Для цього одним швидким збиральним рухом натисніть на крила його тазу в напрямку «одне до одного».

Якщо відчувається крепітація (відчуття тертя кістки об кістку, тихий хрускіт), слід запідозрити перелом тазу. В такому випадку, слід негайно покликати старший медичний персонал.

На грудній клітці можуть траплятися поранення порівняно невеликого розміру, тому при обстеженні потрібно використовувати “розтягуючі” рухи (рисунок 97). Необхідно розтягнути та перевірити всі складки шкіри у пораненого, в тому числі у жінок – ділянки під молочними залозами.



Рисунок 95 – “Розтягуючі рухи”, що використовуються для обстеження грудної клітки

Не забувайте перевірити ділянки під пахвами! Для цього слід відвести руку пораненого вгору і уважно оглянути ділянку під пахвою.

У випадку виявлення проникного поранення (поранень) грудної клітки, щільно затисніть їх долонею в медичній рукавичці, викличте медика, та за його відсутності приступіть до надання допомоги!

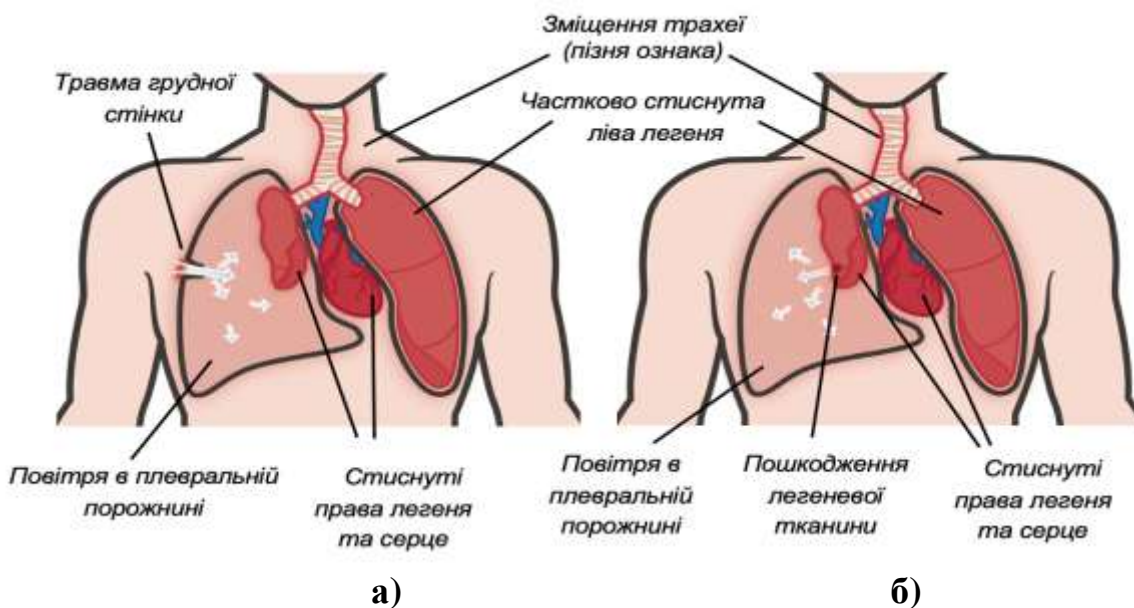
Не намагайтесь затампонувати це поранення гемостатичним або іншим перев'язувальним матеріалом. Ваша роль – знайти поранення, розпізнати, в разі наявності, ознаки дихального дистресу постраждалого і закрити герметичною пов'язкою/ наліпкою.

6.11.2. Напружений пневмоторакс

Це дуже поширена причина смерті на полі бою, якій можна запобігти. Він може виникати при відкритих пораненнях грудної клітки, рідше при пораненнях живота, плеча чи шиї. Тупа закрита травма грудної клітки, наприклад така, що може виникнути при ДТП чи при заброньовій травмі, також може спричинити виникнення пневмотораксу, оскільки тоді повітря потрапляє до грудної клітки крізь пошкодження самої легені.

Напружений пневмоторакс – це ускладнення, яке може призвести до смерті. Все більше повітря потрапляє крізь рановий отвір і накопичується у просторі між легенею та стінкою грудної клітки. Кожен вдих додає ще більше повітря до простору поза легенею. Тиск зростає і стискає як легенею, так і серце, разом із судинами, що йдуть до серця.

Тиск повітря, що накопичується в грудній клітці, може зумовити зміщення трахеї, серця та легені у протилежний бік і викликати стискання структур, розташованих там. Це призводить до дихальної недостатності, шоку, і, в кінцевому результаті, травматичної зупинки серця. І це може вбити! (рисунок 98 а, б)



а)

б)

Умовні позначки:

а) відкритий; б) закритий

Рисунок 98 – Напружений пневмоторакс

Підозрюйте розвиток напруженого пневмотораксу у випадку значної травми тулуба чи первинної вибухової травми та при наявності однієї або більше **ознак напруженого пневмотораксу:**

- а) збудження (панічний стан, стан неспокою);
- б) асиметрія грудної клітини (рух грудної клітини з сторони неушкодженої легені);
- в) важкі або прогресуючі розлади дихання;
- г) важке або прогресуюче тахіпное (прискорене часте дихання);
- д) набрякання вен шиї;
- е) зміщення трахеї в протилежний бік від пошкодженої легені (як правило виникає на пізній стадії).

6.12. Надання допомоги пораненому при пневмотораксі та інших травмах грудної клітки (до під завдання 000Г(Б).21Л.0326, 000Г(Б).21Л.0327, 000Г(Б).21Л.0328, 000Г(Б).21Л.0329)

При відкритому пневмотораксі плевральна порожнина сполучається із зовнішнім середовищем, тому в ній створюється тиск, рівний атмосферному. Тобто, під час вдиху повітря додатково надходить до плевральної порожнини, а під час видиху виходить в такій же кількості. При відкритому пневмотораксі не відбувається накопичення повітря в плевральній порожнині. Однак, при цьому легеня спадає, оскільки найважливішою умовою для розправлення легені є негативний тиск у плевральній порожнині. Легеня, що спалася, вимикається з дихання, в неї не відбувається газообмін, кров не збагачується киснем. Може супроводжуватися гемотораксом – кров'ю в плевральній порожнині.

За наявності отвору на стінці грудної клітині, необхідно перевести відкритий пневмоторакс у закритий шляхом накладення оклюзійної наліпки.

Попроси пораненого зробити глибокий видих. При відсутності в рані стороннього предмета притисни долоню до рани і закрій в неї доступ повітря. Якщо рана наскрізна, закрій вхідний і вихідний ранові отвори.

Закрий рану пов'язкою, яка не пропускає повітря, наприклад, можна користуватися шматком поліетиленового пакета або пластикової обгортки. Якщо цього немає під рукою, візьми шматок матерії або що-небудь з одягу та змастіть вазеліном поверхню тканини. Закріпи пов'язку лейкопластиром, по всьому периметру на глибокому видиху.

Оклюзійна самоклеюча плівка– засіб для надання домедичної допомоги при проникаючих пораненнях грудної клітини. Використовуються для запобігання розвитку відкритого пневмотораксу. Поділяються на такі, що представляють собою плівку з нанесеним клейовим шаром та на такі, що мають крім того, клапан.

Техніка накладання спеціальної оклюзійної наліпки:

- відкрий упаковку з оклюзійною пов'язкою;
- витри шкіру навколо рани серветкою з набору або одягом пораненого;
- відліпи з оклюзійної наліпки плівку;

наклади оклюзійну наліпку на рану при видиху, липким боком до тіла так, щоб рана була по центру плівки.

Повтори накладання другої оклюзійної наліпки для вихідного отвору (якщо є). Якщо оклюзійна наліпка має клапан, то клапан розташуй в проекції отвору рани.



*Відеоматеріал:
Застосування оклюзійної наліпки*

Рисунок 99 – Застосування вентиляованої оклюзійної наліпки

В разі погіршення стану пораненого після накладання оклюзійної наліпки необхідно:

відліпити край оклюзійної пов'язки та відновити стан відкритого ранового отвору таким чином ми випускаємо повітря яке зібралось під оклюзійною наліпкою, техніка має назву («burping» – «вентилування»).

Якщо це не допомогло, то в подальшому поранений потребує медика для спеціалізованої допомоги.

6.13. Проводити оцінку ефективності методів зупинки кровотеч та наявність травм (переломів) (до підзавдання 000Г(Б).21Л.0330)

На цьому етапі Ваша задача – переконатися, що постраждалий має задовільну циркуляцію крові в тілі і не “заходить” у стан, що називається «шок».

Зупинка кровотечі.

Це найкращий спосіб запобігти розвитку шоку!

Слід постійно стежити за ефективністю вжитих раніше заходів для зупинки масивних кровотеч, щоб бути впевненими в тому, що вони працюють. Перевірте:

накладені турнікети (не забувайте перевірити не тільки відсутність кровотечі, але і пульс на ураженій кінцівці, який повинен бути **відсутній**);

затамповані поранення з гемостатичними пов'язками та/або з тиснучими пов'язками (пульс на ураженій кінцівці повинен бути **присутній**);

будь-які інші засоби зупинки кровотечі.

Кровотеча може бути не тільки зовнішньою, а й внутрішньою.

Потім необхідно провести вторинний огляд, який передбачає огляд з голови до ніг. Це ретельний огляд, метою якого є виявити всі травми, тому пораненого потрібно максимально оголити. Процедура вторинного огляду:

Скальп оглядають на наявність кровотечі.

ВАЖЛИВО! Будь-яку активну кровотечу потрібно зупинити перед продовженням огляду.

Ротоглотку перевіряють на наявність крові.

Живіт оглядають і пальпують на наявність здуття, болючості під час пальпації, наявності крововиливів у шкіру, що є ознаками внутрішньої кровотечі.

Таз пальпують, щоб перевірити його цілісність. Крепітація чи порушення цілісності можуть бути ознаками перелому кісток тазу, що може спричинити загрозу для життя кровотечу в заочеревинний простір.

Тріщину або перелом довгої кістки можна визначити за локалізованим болем при пальпації та наявності кісткової крепітації на місці перелому. При тріщинах та переломах довгої кістки потрібно накласти шину для іммобілізації, щоб уникнути подальшого травмування та крововтрати.

6.14. Проведення оцінки пульсу на периферії (до підзавдання 000Г(Б).21Л.0331)

Пульс — це коливальний рух стінки артерій, що виникає внаслідок скорочень серця та еластичності судинних стінок.

Оцінка пульсу є одним із найважливіших доступних методів для визначення стану пораненого, також пульс є показником ефективного надання до госпітальної допомоги в динаміці.

Важливо орієнтуватися на показники променевого пульсу для оцінки перфузії тканин (умовна оцінка артеріального тиску). Для перевірки пульсу на променевій артерії, помісти свої два-три пальці в місці прикріплення великого пальця до зап'ястя потерпілого. Не використовуй свій великий палець, щоб перевірити пульс потерпілого, адже можна переплутати власний пульс із пульсом пораненого. Потрібно, в першу чергу, звертати увагу при пальпації пульсу на 2 ознаки: наповнення (пульс може бути слабким, ниткоподібним, відсутнім або нормального наповнення) та частота (норма пульсу 60-90 за хв.).

Якщо у пораненого пульсу немає на променевій артерії, імовірно він знаходиться у стані шоку і потребує допомоги медика.



Рисунок 100 – Перевірка дистального пульсу на руці

6.15. Визначення рівня свідомості постраждалого (до підзавдання 000Г(Б).21Л.0332)

Наявність травм, які спричиняють масивний крововилив або проблеми з диханням, дає підстави очікувати, що стан свідомості постраждалого може змінитися.

Оцінювання вербальної та невербальної реакцій пораненого допоможе помітити зміни в стані його свідомості.

Початкове швидке оцінювання стану свідомості пораненого відбувається під час спілкування з ним способом прохання виконувати команди й відповідати на запитання.

З отриманої під час комунікації інформації, можна визначити стан свідомості пораненого за шкалою AVPU:

- поранений у свідомості (“А”);
- реагує на словесні команди належним чином (“V”);
- реагує на больову стимуляцію (“P”);
- без свідомості (“U”).



Відеоматеріал:

Визначення стану свідомості за AVPU

Формально оцінка рівня свідомості є відносно простим процесом, який включає три наступні основні кроки:

Спочатку запитайте гучним, але спокійним голосом:

“З тобою все гаразд? Як тебе звати, що з тобою сталося? Розумієте де ви знаходитесь?”. Якщо постраждалий відповідає більш-менш зв’язно, має з вами зоровий контакт, це означає, що він має оцінку “А”.

Якщо поранений не відповідає або бурмоче, Ви повинні повторити гучним, але спокійним голосом: “ З тобою все гаразд?” щоб переконатися ,що його не просто відволікали, і якщо відповідь нечітка, попросіть постраждалого стиснути ваш палець або поворушити рукою чи ногою. Якщо він відповідає на вашу команду, його стан свідомості “V”.

Якщо поранений не реагує на голосові команди, енергійно потріть кісткою пальця грудиною або стисніть перший чи другий палець на нозі над нігтем, або, якщо поранений одягнений в індивідуальний бронежилет , натисніть йому на верхню щелепу над губою, або стисніть мочку вуха. Якщо поранений будь-яким чином реагує на больові подразники, він відноситься до “P”.

І якщо поранений не реагує на жодний подразник, він вважається “U”.

Якщо поранений не на рівні “А” це означає, що у нього сплутана свідомість необхідно його роззброїти та забрати засоби зв’язку !!!.

6.16. Основні ознаки шоку (до підзавдання 000Г(Б).21Л.0333, 000Г(Б).21Л.0334)

Геморагічний шок – це стан недостатнього припливу крові до тканин організму, внаслідок чого тканини починають страждати від нестачі кисню. Він виникає з багатьох причин, але на полі бою шок частіше за все є наслідком гострої крововтрати.

Геморагічний шок є основною причиною смерті на полі бою, якій можна запобігти.

Об'єм циркулюючої крові (ОЦК) дорослої людини становить в середньому 5 літрів. Ось як організм людини реагує на втрату певної кількості крові:

втрата **500 мл крові** – це та кількість, яку людина віддає, будучи донором. Ця втрата є фізіологічною і не становить небезпеки для організму;

втрата **1 л крові** може проявлятися лише незначно пришвидшеною частотою серцевих скорочень (ЧСС);

після крововтрати об'ємом **1,5 л** можлива поява у постраждалого тривоги, слабкого пульсу, тахікардії, зниження артеріального тиску та пришвидшення дихання. Але все ж, це, швидше за все, не призведе до його смерті;

втрата **2 літрів крові** з високою вірогідністю вказуватиме на незупинену кровотечу, що триває. Боець може мати порушену свідомість, слабкий або відсутній пульс на променевій артерії (дистальний пульс на руці), тахікардію (часте серцебиття), низький тиск та часте дихання. Перебуваючи в такому стані, людина може померти від крововтрати. Цей стан позначається як **геморагічний шок**;

за наявності кровотечі, що продовжується, постраждалий втрачає **2,5 л крові**, або половину ОЦК. Цей об'єм крововтрати є смертельним!

Ваше завдання – не дати бійцю втратити стільки крові!

Розпізнавання геморагічного шоку

Основними ознаками шоку на полі бою є пригнічення **свідомості** без травми мозку та/або слабкий чи відсутній **пульс** на променевій артерії.

Визначте частоту пульсу на променевій артерії за 15 секунд, або за 1 хв. (дані, отримані за 15 секунд, помножені на 4). Частота пульсу понад 100-120 за 1 хв. свідчить про можливу наявність шоку.

Інші ознаки шоку включають:

блідість шкіри обличчя ;

швидке дихання;

спутана свідомість;

роздуття крил носа при диханні;

сплутану свідомість;

швидке дихання;

спітнілу, холодну, липку шкіру;

блідю, сіру шкіру;

нудоту;

сильну спрагу (якщо поранений притомний);

попередні епізоди сильної кровотечі.

За наявних ознак шоку негайно покличете медика!

Протишокове положення

Притомного пораненого з ознаками геморагічного шоку слід покласти в протишокове положення - на спині, з ногами, піднятими трохи вище за рівень серця. Це збільшить приплив крові до серця і дещо підвищить кров'яний тиск.

6.17. Переміщення попередньо накладених турнікетів (до підзавдання 000Г(Б).21Л.0336)

Зупинка кровотечі за допомогою турнікета є ефективним методом та умовно відноситься до рятуючих життя. Відомо, такі маніпуляції мають переваги над діагностичними діями у зоні “Активного вогню противника” в стандартах ТССС (tactical combat casualty care) та зоні “Прямої загрози”. У вищевказаних зонах на першому місці стоїть зупинка масивної зовнішньої кровотечі з ран кінцівок. Це здійснюється за рахунок агресивного, частого використання турнікету.

ВАЖЛИВО! Слід розглядати концепцію “як тільки дозволяє ситуація, повинна бути зроблена повторна оцінка необхідності використання турнікету та прийнято рішення щодо його переміщення, якщо час перебування в умовно безпечній зоні, або на етапі евакуації триває понад 2 год від моменту накладання турнікету”.

У разі масивної кровотечі турнікети слід накладати більш зважено на етапі тактичного укриття, щоб покращити ефективність і мінімізувати кількість здорових тканин, на які може вплинути турнікет, накладений занадто високо на кінцівку. Отже, якщо турнікет дійсно необхідний, замініть високі та тугі турнікети або турнікети, накладені поверх одягу, на осмислені.

Це робиться шляхом розміщення осмисленого турнікету безпосередньо на шкірі, на 5-8 сантиметрів вище рани, і затягування його. Потім повільно відпустіть швидкий турнікет протягом однієї хвилини, спостерігаючи за пораненим на наявність ознак повторної кровотечі або відновлення дистального пульсу. Посуньте швидкий турнікет вниз, але залиште на місці ближче до щойно накладеного турнікету. У випадках повторної кровотечі або при появі пульсу швидкий турнікет можна затягнути повторно.

Іноді спроба перемістити турнікет буде невдалою, і може знадобитися повернення до попереднього місця накладання турнікета.

Переміщення турнікетів проводиться, якщо:

- рана звільнена від одягу та підходить для переміщення;
- евакуація затримується більш ніж дві години;
- турнікет накладений менше ніж дві години тому;
- наявний пульс на периферичних артеріях (на кінцівці без турнікета), тобто постраждалий не у **шоковому стані**;
- якщо дозволяють тактичні умови;
- проведення процедури не буде затримувати евакуацію.



Відеоматеріали:

Переміщення попередньо накладених турнікетів.

ВАЖЛИВО! Категорично заборонено тимчасово послаблювати турнікет з метою оксигенації тканин – існує ризик смерті внаслідок втрати крові малими об'ємами.

6.18. Визначення та запобігання розвитку гіпотермії (до підзавдання 000Г(Б).21Л.0337)

Масивна кровотеча викликає гіпотермію (переохолодження) людського організму, оскільки кров є теплоносієм. У свою чергу, гіпотермія призводить до БІЛЬШОЇ кровотечі, оскільки кров при переохолодженні не може утворювати тромби належним чином. Це може відбуватися навіть у жаркому середовищі. Ваша задача – розірвати це хибне коло!

6.18.1. Ознаки гіпотермії:

- а) уповільнене чи нерозбірливе мовлення;
- б) сонливість;
- в) уповільнене дихання;
- г) озноб.

6.18.2. Заходи для попередження гіпотермії:

- а) мінімізуйте, за можливості, роздягання пораненого;
- б) якщо є змога, замініть повністю мокрий одяг на сухий і тримайте постраждалого сухим, запобігайте тривалому контакту пораненого з ґрунтом, оскільки такий контакт підсилює втрату тепла організмом пораненого. Помістіть бар'єр між ґрунтом та тілом пораненого у вигляді каремата, плаща, термоковдри тощо, або, якщо можливо, розмістіть пораненого на підвищеній ізольованій поверхні, наприклад, у транспортному засобі (рисунок 115),



Рисунок 115 – Використання термоковдри в якості бар'єру між ґрунтом і тілом пораненого

в) загорніть пораненого повністю в одну термоізоляційну ковдру з його АМЗІ, сріблястою стороною до пораненого (рисунок 116). Залиште відкритим тільки обличчя. Можна використовувати декілька термоізоляційних ковдр (у разі необхідності);

г) разом з термоковдрою, або замість неї, якщо вона недоступна, використовуйте сухі ковдри, пончо, спальні мішки, тобто, будь-що, що утримує тепло;

д) мінімізуйте вплив погодних умов на пораненого.



Рисунок 116 – Загортання пораненого в термоковдру

Пам'ятайте! Ми не говоримо про гіпотермію у звичайному розумінні, тобто про смерть від впливу холоду. Ми говоримо про підтримку роботи системи згортання крові! Поранені в стані шоку не можуть ефективно генерувати тепло. Навіть незначне зниження температури тіла може порушити згортання крові та збільшити ризик смерті від кровотечі. Гіпотермію набагато легше попередити, ніж лікувати!

6.19. Проведення огляду на наявність ознак травми голови (до підзавдання 000Г(Б).21Л.0338)

Травмою голови називають будь-які пошкодження в ділянці голови: садна, шишки, рани, підшкірні крововиливи, переломи кісток (мозкового черепа, лицьового відділу черепа, основи черепа) і пошкодження головного мозку. Голова складається із зовнішніх покривів (м'яких тканин обличчя, волосистої частини (скальпа)), кісток черепа й головного мозку. Травми голови поділяють на відкриті й закриті:

до відкритих травм голови (зазвичай виникає внаслідок вогнепальних поранень, осколків від вибухових речовин, ударів ножем) належать ураження, які проникають крізь шкіру голови й кістки черепа, можуть досягати оболонок мозку та тканин головного мозку, що розташовані нижче, водночас, є сполучення між раною та порожниною черепа;

в разі закритої травми голови (зазвичай є результатом удару тупим предметом, дії енергії прискорення або гальмування, наприклад, у разі вибуху, аварії або перекидання автомобіля, падіння з висоти чи спортивних травм) зазвичай немає пошкодження зовнішніх покривів, і в будь-якому разі немає сполучення між раною та порожниною черепа.

Черепно-мозкова травма (ЧМТ) — це стан, викликаний травмою голови, унаслідок чого відбувається фізичне пошкодження тканини головного мозку, яке призводить до тимчасового або постійного порушення його функціонування, незалежно від механізму травми. Цей стан виникає внаслідок пошкодження головного мозку, його оболонок, судин, кісток черепа й зовнішніх покривів голови.

Надзвичайно важливо повідомити медичний персонал на місці події про виявлення ознак травми голови у постраждалого, оскільки відсутність швидкої та належної медичної допомоги може погіршити стан постраждалого з черепно-мозковою травмою та вплинути на кінцевий результат лікування.

Основні механізми отримання травми, за яких потрібно підозрювати ЧМТ: аварія транспортного засобу (зіткнення, перекидання, вибух тощо);

вибух: присутність постраждалого в радіусі 50 метрів від будь-якого вибуху;

падіння (зокрема внаслідок впливу вибухової хвилі), стрибки у воду (особливо, головою вперед);

вогнепальне або осколкове поранення голови, відкритий перелом черепа, прямий удар по голові тощо;

ураження блискавкою, електричним струмом.

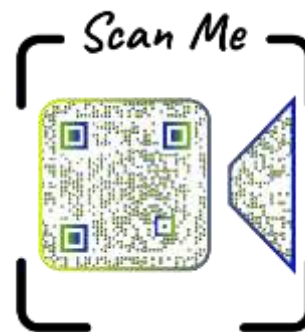
Загальні ознаки ЧМТ:

- а)** рани, синці в ділянці голови й обличчя;
- б)** деформація в ділянці голови;
- в)** сильний біль або відчуття тиску в голові, шиї;
- г)** дзвін у вухах, порушення слуху;
- д)** нудота та/або блювання;
- е)** хитка хода;

- ж) сплутаність або втрата свідомості;
- и) психічні розлади, розлади поведінки;
- к) порушення пам'яті (амнезія);
- л) порушення зору; ністагм (мимовільні швидкі ритмічні коливальні рухи очних яблук у ту чи іншу сторону (тремтіння очей));
- м) поколювання або втрата чутливості в пальцях рук і ніг;
- н) втрата рухових функцій кінцівок;
- п) судоми;
- р) розширення або різний розмір зіниць; відсутність реакції зіниць на світло;
- с) наявність синців за вухами;
- т) наявність синців навколо очей (симптом «очей єнота» або «окулярів»);
- у) виділення крові та/або ліквору (прозорої рідини) з носової порожнини та/або вух.

ВАЖЛИВО! Про травми голови необхідно повідомити медика!

Також необхідно задокументувати всю відому інформацію в картці пораненого, оскільки будь-які відомості, які ви можете зібрати про потенційні механізми травми або про результати спостереження за пораненим, є дуже важливими.



*Відеоматеріал:
Надання допомоги при травмах голови*

Рисунок 117 – Зразок пов'язки при травмах голови

6.20. Допомога при підозрі на травму ока (до підзавдання 000Г(Б).21Л.0339)

Зір є одним із наших найважливіших органів чуття. Пошкодження ока внаслідок травми може призвести до незворотних змін, аж до постійної втрати зору або сліпоті, якщо не виявити й не лікувати належним чином і якомога раніше.

Запідозрити травму ока потрібно за такими ознаками (рисунок 117):

скарги на біль у ділянці ока, дискомфорту в оці, сльозотечу, почервоніння ока;

кровотеча навколо ока, усередині або із самого ока (очною яблука);
очевидне проникнення осколків або інших сторонніх тіл в око або біля чи навколо ока;

предмети, що стирчать з ока;

набряк або розрив очного яблука;

випинання очного яблука з очниці;

зниження зору й набряк у ділянці очей;

деформація або спотворення частин ока, якщо порівняти з нормою.

Якщо у постраждалого наявне хоча б одна з вищевказаних ознак, або ви підозрюєте травму ока, слід зробити наступні кроки:

Проведіть швидкий польовий тест на гостроту зору.

Не можна намагатися силоміць відкрити повіки травмованого ока, якщо там є припухлість чи набряк, щоб провести перевірку гостроти зору!

Поранений долонею повинен прикрити одне око (якщо поранено одне око, то спочатку прикриваємо здорове око).

Тримайте перед пораненим газету чи книгу на відстані витягнутої руки.

Оцініть здатність пораненого прочитати щось із тексту.

Якщо не може прочитати – покажіть декілька пальців на руці й попросіть пораненого порухувати їх:

якщо не може порухувати пальці, попросіть пораненого описати рух руки (помахайте рукою верх-вниз та вправо-вліво перед ураженим оком);

якщо не вдається визначити рух руки, попросіть пораненого відрізнити світло від темряви (прикриваючи, а потім відкриваючи уражене око).

Повторіть те саме для іншого ока.

Визначте гостроту зору для кожного ока на основі того, що бачить поранений (наприклад, може порухувати пальці на пораненому оці, нормально бачить на здоровому).



Рисунок 117 – Травма ока у постраждалого

ВАЖЛИВО! Для захисту травмованого ока слід використовувати твердий щиток, а НЕ тиснучупов'язку! При накладанні пов'язки без щитка безпосередньо на поранене око зір може бути повністю втрачений!

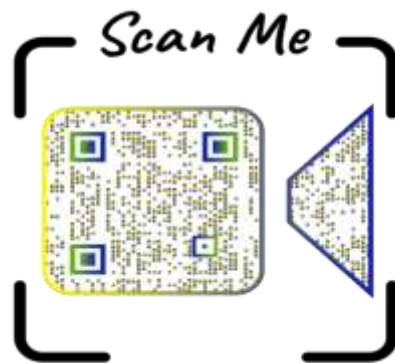


Рисунок 118м– Розміщення захисного щитка на оці постраждалого опуклою стороною назовні

В умовах бойових дій не закривайте обидва ока, крім тих випадків, коли обидва ока травмовані.

Якщо захисного щитка для ока немає в наявності, розгляньте можливість використання тактичних окулярів.

Закріпіть щиток за допомогою, наприклад, липкої стрічки (рисунок 119), лейкопластиру або бинта.



*Відеоматеріал:
надання допомоги при травмі ока*

Рисунок 119 – Закріплення захисного щитка на одному оці постраждалого

Дайте пораненому препарати з набору пігулок для запобігання інфікуванню (за умови збереженої свідомості й можливості ковтати в постраждалого).

Якщо в пораненого є скарги на відчуття дискомфорту в оці, сльозотечу, почервоніння ураженого ока, або за механізмом травми можна запідозрити потрапляння стороннього тіла в око, слід:

промити уражене око;
 закрити уражене око захисною пов'язкою (щитком).
 Якщо стороннє тіло застрягло або стирчить з ока:
 не намагатися його прибрати;
 зафіксувати стороннє тіло, якщо в цьому є потреба;
 закрити уражене око захисною пов'язкою (щитком), якщо це можливо;
 дати постраждалому пігулки з бойового пігулкового набору;
 якнайшвидше передати інформацію про постраждалого медикам,
 евакуювати постраждалого на наступний рівень надання медичної допомоги.

ВАЖЛИВО! Якщо на постраждалому були окуляри, то їх потрібно відправити разом із ним.

Термічні опіки очей.

Зазвичай бувають легкого або середнього ступеня тяжкості, оскільки під час впливу пошкоджувального чинника відбувається рефлекторне стиснення повік. Саме тому в разі термічного опіку очей НЕ МОЖНА насильно розкривати закриті повіки (для запобігання надлишковій травматизації повік).

Постраждалий може скаржитися на різкий біль в очах, погіршення зору, набряк.

Надання домедичної допомоги в разі термічних опіків ока:
 зупинити процес горіння;
 вкрити уражене око сухим захисним щитком;
 дотримуватися протоколів оцінювання та лікування опіків;
 дати постраждалому пігулки з бойового пігулкового набору;
 якнайшвидше передати інформацію про постраждалого медикам,
 евакуювати постраждалого на наступний рівень надання медичної допомоги;
 якщо на постраждалому були окуляри, то їх потрібно відправити разом із ним.

Хімічні опіки очей.

Виникають унаслідок потрапляння хімічних речовин до ока. Постраждалий може скаржитися на сильний біль, відчуття стороннього тіла в оці, слезотечу, погіршення зору й навіть його втрату, почервоніння шкіри навколо очей, помутніння рогівки із сіруватим або молочним відтінком та утворення обмежених струпів.

Надання домедичної допомоги в разі хімічних опіків:
 не можна проводити перевірку зору;
 потрібно одразу промити очі великою кількістю води;
 дати постраждалому пігулки з бойового пігулкового набору;
 накласти захисний щиток;
 якнайшвидше передати інформацію про постраждалого медикам,
 евакуювати постраждалого на наступний рівень надання медичної допомоги;
 якщо на постраждалому були окуляри, то їх потрібно відправити разом із ним.

6.21. Особливості надання допомоги при опіках (до під завдання 000Г(Б).21Л.0323, 000Г(Б).21Л.0340)

Опіки — це пошкодження шкіри й тканин організму, що виникають унаслідок місцевої дії високої температури, хімічних речовин, електричного струму або іонізуючого випромінювання. Це приводить до втрати вологи та рідини через рану, втрати тепла, відсутності захисту від інфекції та початку запального процесу.

Опіки I ступеня характеризуються пошкодженням верхніх шарів епідермісу, проявляються почервонінням, набряком і болем у ділянці ураження, який стихає через 1-2 дні, а через 3-4 дні зникають набряк і почервоніння. Іноді залишається пігментація обпечених ділянок. Наприклад, сонячні опіки.



Рисунок 120 – Опік I ступеня

Опіки II ступеня поділяють на IIa і IIб, вони дуже болючі, характеризуються пошкодженням виключно шкіри, але не на всю її глибину, та виниканням пухирців;

ступень II-а супроводжується почервонінням із пухирцями різного розміру, заповненими прозорою рідиною жовтуватого кольору, які можуть виникати одразу після опіків, або через декілька годин чи наступної доби;

ступень II-б може, окрім пухирців, супроводжуватися виникненням сухого (полум'я, кислоти) або вологого (горяча вода, пара) струпу;



Рисунок 121 – Опік II ступеню

опіки III ступеня (обвуглювання) супроводжуються загибеллю шкіри й глибоких тканин (м'язів, сухожиль, кісток). Мають вигляд сухої, твердої, загрибленої поверхні. Можуть мати білий, коричневий або чорний колір, зазвичай є менш болючими .



Рисунок 122 – Опік III ступеню

Надання допомоги при опіках:

Пріоритети в разі надання домедичної допомоги під вогнем для постраждалих з опіками не відрізняються від допомоги в разі інших бойових поранень.

Під час надання Допомоги **під вогнем** поранених необхідно витягти з палаючих транспортних засобів або будівель і перемістити у відносно безпечні місця. Зробіть усе необхідне, щоб зупинити процес горіння (загасити відкрите полум'я, однак не займатися тлінним одягом та іншим). Гасіння полум'я може бути елементом самодопомоги.

У разі потреби, при наявності масивної кровотечі- потрібно накладати джгути. Можливе накладання джгутів безпосередньо на обпечені ділянки.

На етапі Допомоги в **польових умовах**:

- а) зупинити процес горіння;
- б) оцінити рівень свідомості за шкалою AVPU;
- в) забезпечити контроль критичних кровотеч. Можливе накладання джгутів безпосередньо на обпечені ділянки;
- г) забезпечити прохідність дихальних шляхів;
- д) зніміть кільця, годинник, ланцюжок та інші прикраси, якщо такі є, і покладіть у кишеню пораненого (рисунок 120);
- е) закрийте місце опіку сухою стерильною пов'язкою (рисунок 121 а, б);
- ж) при великій площі опіків загорніть пораненого в терморекторну ковдру з метою уникнення переохолодження. **Негайно покличете медика!**



Рисунок 123 – Слід зняти годинник і прикраси, якщо є опіки



Рисунок 124 а.

Рисунок 124 б.

Умовні позначки:

а) сухої стерильної на опікову поверхню, б) сухої стерильну пов'язку на опікову поверхню накладено

Рисунок 124 – Накладання пов'язки

При опіках заборонено:

- а) віддирати фрагменти одягу, якщо вони приклеїлися до обпаленої шкіри;
- б) розкривати пухирці;
- в) силоміць відкривати повіки, якщо вони обпечені;
- г) наносити мазі, жири, олії й пов'язки з ними — це забруднює опікову поверхню і є поживним середовищем для мікроорганізмів;
- д) наносити зеленку, синьку, марганцевокислий, йод;
- е) наносити порошки (соду, крохмаль), а також мило й сирі яйця: вони утворюють на опіковій поверхні плівку, що важко знімається, а також є поживним середовищем для мікробів.

Опіки обличчя, особливо ті, що виникають у закритих приміщеннях, можуть супроводжуватись **опіком дихальних шляхів**. В разі вдихання гарячого

повітря може відзначатися виражений набряк слизової порожнини рота й верхніх дихальних шляхів із розвитком асфіксії. Це – смертельно небезпечний стан.

Про опік дихальних шляхів може свідчити:

- а) утруднене дихання та/або ковтання;
- б) охриплість та осиплість голосу;
- в) хрипке дихання;
- г) задишка;
- д) кашель із “вугільною” мокротою;
- е) скарги на болі в горлі;
- ж) запах горілого з рота;
- и) сажа / обпалене волосся на обличчі;
- к) можуть бути видимі опіки обличчя, губ, язика, глотки, носа.

Підозрюйте таку травму при тривалому впливі диму. У випадку опіку дихальних шляхів, **негайно кличте медика!**

6.22. Знати правила виконання іммобілізації переломів (до підзавдання 000Г(Б).21Л.0341, 000Г(Б).21Л.0342)

Кожен військовослужбовець має вміти надати допомогу пораненому з переломами кісток. Переломи можуть бути закритими або відкритими, як показано на малюнках. Відкритий - означає, що в поєднанні з переломом є розрив шкіри, часто з виступаючою кісткою. Закритий - означає відсутність зовнішньої рани, пов'язаної з переломом.

6.22.1. Ознаки переломів

Попереджувальні ознаки того, що рука або нога можуть бути зламані, включають:

- а) сильний біль разом із помітним набряком;
- б) чутний звук «кляцання», або ж відчутне на дотик «кляцання»;
- в) різна довжина або форма кінцівок;
- г) втрата пульсу або чутливості на пошкодженій руці чи нозі;
- д) крепітація (потріскування під шкірою при натисканні);
- е) неприродне положення/форма кінцівки.

6.22.2. Накладання шин при переломах

По можливості, слід накладати шини на всі переломи. Шина використовується для запобігання руху кісток під час утримання пошкодженої руки/ноги на місці, якщо є підозра на перелом.

Якщо напівжорстка шина (наприклад, SAM) недоступна, створіть імпровізовану шину, використовуючи жорсткі матеріали, такі як дошки, уламки ящиків, гілки дерев. Захопіть під час накладення шини суглоб вище і суглоб нижче місця перелому. Закріпіть шину пов'язкою, широкою(ими) смужкою(ами) тканини, поясом(ами) або клейкою стрічкою, якщо є (рисунк 125 – 126).



Рисунок 125 – Рука зі зламанною променевою кісткою



Рисунок 126 – Рука з накладеною шиною. Захоплено один суглоб вище і один суглоб нижче місця перелому

Спробуйте накласти шину перед тим, як рухати пораненого, щоб мінімізувати зміщення перелому. Рекомендується використання напів жорстких шин, у разі їх наявності (рисунок 127).

Переломи рук можна зафіксувати, використовуючи для цього сорочку пораненого (рисунок 128).

Переконайтеся, що шина не затянута занадто туго. Це може припинити кровообіг нижче шини.

Послабте пов'язку, якщо є:

- а) оніміння;
- б) поколювання або посилення болю;
- в) або якщо пальці рук/ніг стають блідими або синюшними.

Може виникнути збільшення набряку, тому продовжуйте уважно стежити за станом пораненого. Обов'язково перевірте наявність пульсу на ураженій кінцівці до і після накладання шини. У подальшому необхідно постійно пильнувати за можливим розвитком ознак компартмент-синдрому, як буде описано далі.



Рисунок 127 – Використання напівжорсткої шини при переломі руки



Рисунок 128 – Один зі способів фіксації зламаної руки разом із шиною до тулуба пораненого

При переломах нижніх кінцівок також слід використовувати шини. Намагайтесь зафіксувати також і стопу (рисунок 130-131).



Рисунок 130 – Фіксація шиною коліна і стопи при переломі гомілки



Рисунок 131 – Фіксація шини до ушкодженої кінцівки при переломі гомілки

6.23. Накладати пов'язки при різних типах поранень (до підзавдання 000Г(Б).21Л.0343)

У Рекомендаціях ТССС щодо оброблення ран зазначено «оглянути й перев'язати відомі рани», а потім «перевірити наявність додаткових ран», а також обробити відкриті рани живота.

Лише після повторного оцінювання всіх раніше оброблених ран і підтвердження того, що загрозна для життя рана не була пропущена, ви повинні переходити до лікування незагрозливих для життя або незначних ран.

Промийте й очистіть рани чистою водою. Мета полягає в тому, щоб очистити рану й видалити явні сторонні залишки, але не стерилізувати її.

Після промивання рани треба її перев'язати. Якщо ресурси доступні й не потрібні для серйозніших ран чи інших постраждалих, ви можете накласти стерильні пов'язки та/або марлю з бинтами.

Якщо потрібно зберегти запаси стерильного перев'язувального матеріалу, можна використовувати чисті сухі тканини, якими можна перев'язати місце поранення.

ЗБЕРІГАЙТЕ кровоспинні засоби й компресійні пов'язки для джерел серйозніших кровотеч.

Якщо поранений може ковтати, попросіть його прийняти Моксифлоксацин із пігулкового набору.

6.23.1. Відкриті рани черевної порожнини:

а) зрошуйте органи, що випали через поранення, чистою, бажано стерильною рідиною, щоб зменшити наслідки забруднення;

б) контролюйте кровотечу, якщо це можливо, включно з використанням кровоспинних засобів;

в) якщо частина кишківника або внутрішніх органів оголена або випала, треба накрити бажано стерильним перев'язувальним матеріалом і зафіксувати

органи, які випали, за допомогою пов'язки. Пов'язку треба постійно підтримувати у вологому стані;

г) не тисніть на рану та не допускайте переохолодження.

ПРИМІТКА. Якщо лейкопластир або клейка стрічка для фіксації не доступні, нещільно накрийте пов'язку тканиною й зав'яжіть її на стороні, протилежній до поранення.

6.23.2. У разі наявності сторонніх тіл, які пройшли через черевну стінку:

а) не можна рухати чи виймати сторонні предмети з рани;

б) потрібно стабілізувати сторонній об'єкт за допомогою пов'язки з використанням скаток бинтів;

в) у разі кровотечі потрібно прикласти прямий тиск на краї рани;

г) пальпацію в разі такої травми проводити не можна.

6.23.3. Перев'язування поранень за допомогою бандажа

Бандаж — це універсальний перев'язувальний пакет (можна використовувати як еластичний бинт, як компресійну пов'язку). Перебуває у двох вакуумних пакуваннях. Сам бандаж складається з еластичного бинта, до якого прикріплена поглинальна подушка, пластикового компресійного елемента й спеціального фіксатора. Через бинт проходить нитка, яка запобігає розмотуванню бинта, якщо він випадає з рук під час бинтування. На кінці бандажа є петля для самодопомоги.

Є доволі велика кількість різноманітних видів бандажів — завширшки 10 см, 15 см і 30 см; з однією подушкою або з двома тощо.

ВАЖЛИВО! Завжди пам'ятайте, що при накладанні компресійних пов'язок на кінцівки, останні, можуть з часом, втягуватись та перетворитись на турнікет. Контролюйте натяг накладених пов'язок та перевіряйте пульс на кінцівках з накладеними пов'язками.



Рисунок 132 – Приклад не правильно накладеної пов'язки

6.24. Склад та особливості використання індивідуального набору пігулок (до підзавдання 000Г(Б).21Л.0344)

Використовуйте індивідуальний набір пігулок, якщо постраждалий притомний та може ковтати.

До складу якого входить:

а) Парацетамол (Ацетамінофен) 500мг – 2 таблетки;

б) Мелоксікам 15мг – 1 таблетка, або 7,5 мг – 2таблетки;

в) Моксифлоксацин 400мг – 1 таблетка

Набір таблеток де є антибіотик, знеболюючий та протизапальний препарат є варіантом №1 у Настановах ТССС, і його повинні використовувати всі боєздатні військовослужбовці, які мають легкий або помірний біль.

Ще одна перевага полягає в тому, що жоден препарат не викликає сонливості й не змінює рівень свідомості пораненого, тому вони здатні забезпечити знеболення без зниження бойової ефективності. Таким чином ми уникаємо логістичних труднощів, пов'язаних із потребою моніторингу під час уведення певних ліків.

Разом з тим застосування антибіотику передбачене лише при наявності відкритих поранень (кулеві поранення, уламкові поранення тощо).



Рисунок 132 – Набір медикаментів, які входять до індивідуального набору таблеток

7. Правила надання допомоги постраждалим у сприятливому середовищі (етап Евакуації) (до завдання 000Г(Б).21Л.04)

7.1. Принципи та алгоритм підготовки постраждалого до етапу Евакуації (до підзавдання 000Г(Б).21Л.0401)

Допоки поранений не буде переданий медичному персоналу тактичної евакуації, необхідно постійно, але не рідше, ніж кожні 15-20 хвилин, проводити

повторний повний травма-огляд і повторну оцінку стану пораненого за алгоритмом MARCH PAWS.

Для кровотечі це означає повторну перевірку будь-яких турнікетів, щоб підтвердити контроль кровотечі й відсутність дистального пульсу, якщо це потрібно. Тампонади, компресійні пов'язки й вузлові турнікети потрібно перевірити повторно, щоб переконатися у відсутності ознак відновлення кровотечі.

Якщо виникла потреба то проведіть наступні дії:

- а) повторне затягування турнікетів, або додавання додаткових турнікетів;
- б) накладення компресійних пов'язок;
- в) заміна й накладення нових компресійних пов'язок;
- г) лікування будь-яких травм очей, які досі відкриті / незахищені;
- д) лікування будь-яких відкритих ран грудної клітки, які не заклеєні належним чином.

Будь-які повторні втручання мають відбуватися за тою самою послідовністю, як і для нововиявленої рани, яка загрожує життю. Наприклад, якщо ви тампонуєте рану, ви повинні переконатися, що тиск утримується протягом повних 3 хвилин, перш ніж перевірити ефективність тампонади і накласти компресійну пов'язку.

ВАЖЛИВО! Повторно оцінюй, повторно оцінюй, повторно оцінюй!

На цьому етапі, основна допомога надається медичним персоналом.

До початку евакуації потрібно:

- а) проводити частий повторний огляд пораненого за алгоритмом MARCH PAWS;
- б) закріпити ремені нош, як передбачено інструкцією до їх застосування;
- в) заповнити медичну інформаційну картку (пораненого) та прикріпити її до пораненого;
- г) закріпити всі кінці бандажів та пов'язок;
- д) закріпити ковдри/накидки/ремені, що застосовувались для попередження гіпотермії;
- е) подбати про те, щоб особиста зброя та засоби індивідуального спорядження транспортувались разом із пораненим, якщо немає інших вказівок командира (вимог керівних документів);
- ж) бути готовим до прибуття евакуаційної платформи;
- и) розташувати поранених у відповідній послідовності для завантаження евакуаційної платформи;
- к) забезпечити охорону та безпеку місця евакуації.

Комунікуйте:

- а) з пораненим – підбадьорюйте, заспокоюйте та пояснюйте, яку саме допомогу ви надаєте;
- б) з тактичним командуванням – надайте командуванню інформацію щодо місцезнаходження та стану пораненого;

в) з медичним персоналом – обговоріть з медиками травми та симптоми пораненого.

7.2. Правила психологічної підтримки та комунікації з пораненим (до підзавдання 000Г(Б).21Л.0402)

Будь яке поранення це вже психологічна травма. Такий поранений потребує комунікації та взаємодії з тим, хто надає допомогу.

Основними правилами поведінки є:

а) продовжуйте виконання завдання, якщо необхідно- надайте необхідну допомогу;

б) очікуйте, що військовослужбовець з незначними травмами буде готовий до взаємодій;

в) постійно зберігайте спокій; давайте чіткі запитання, команди та контролюйте взаємодію;

г) повідомте військовослужбовця про стан його поранення і про подальші дії з приводу його евакуації;

д) повідомляйте йому необхідну інформацію стосовно тактичної ситуації, цілей, очікувань, надавайте йому підтримку. Контролюйте розповсюдження чуток;

е) намагайтесь відновити впевненість постраждалого у собі, говоріть про хороше;

ж) розмежуйте загиблих та поранених, адже їх взаємодія може підвищити рівень травматизації!;

и) якщо постраждалому можна пити то якомога швидше забезпечте його водою та дайте йому можливість відпочити;

к) дозвольте йому виговоритися, не применшуйте його переживання, горя чи тривоги. Дайте практичні рекомендації і послухайте його.

7.3. Комунікації з медичним персоналом і передачі інформації про постраждалого та його стан (за МІСТ-рапортом) (До підзавданнь 000Г(Б).21Л.0403, 000Г(Б).21Л.0407)

Важлива комунікація з командуванням щодо наявних втрат, поранених, вимог евакуації. Таку комунікацію треба розпочинати якнайшвидше й підтримувати під час надання допомоги, щоб для командування підрозділу був чітко зрозумілим стан речей і їхній вплив на подальше виконання завдання та перспективи евакуації. Комунікацію щодо кількості, стану й евакуації поранених веде визначена відповідальною за це в підрозділі особа. Спершу потрібно передати інформацію, яка є доступною напочатку, а це:

а) кількість поранених;

б) яка категорія евакуації пораненого;

в) хто постраждав (командир/некомандний склад);

г) чи здатен поранений далі брати участь у виконанні завдання.

Під час передавання пораненого медикам-передайте усно МІСТ рапорт.

Для еваккоманди така інформація на початковому етапі буде дуже доречною, оскільки медики знатимуть усе, що їм потрібно, а якщо інформація записана, не зможуть її забути.

Також ця інформація дасть змогу надати потрібну допомогу травмованому, а записані дані — проаналізувати динаміку стану постраждалого, щоб зрозуміти, на який рівень допомоги його доставляти й скільки в них на це часу.

МІСТ рапорт складається з наступної інформації:

Механізм поранення (кульове, осколкове поранення, мінно-вибухова травма, ДТП тощо);

Інформація про поранення (локалізація, вид: проникаюче поранення кінцівки, ампутація, травма черевної порожнини, ЧМТ тощо);

Симптоми (стан свідомості, рівень болю тощо);

Терапія (проведені втручання, встановлені турнікети, застосовані медичні препарати (кількість, дозування тощо);

Надайте додаткову інформацію, яка може бути корисна медику або евакуаційній команді.

Допоможіть підготувати пораненого до транспортування.

Документуйте:

а) результати огляду пораненого;

б) надану медичну допомогу;

в) зміни стану пораненого.

До документації належить медична інформаційна картка (пораненого). Її слід закріпити до петлі ременя пораненого, або зверху до лівого рукава. Можна також покласти її до кишені штанів пораненого.

Настанови щодо заповнення медичної інформаційної картки пораненого (далі – картка).

У картці ми записуємо усі травми та обсяг допомоги, наданої постраждалому на догоспітальному етапі. За допомогою картки можливий обмін інформацією про допомогу пораненим на місці травми для продовження догляду за ними. Вона гарантує надання найкращої допомоги пораненому, наскільки це можливо. Тому картка відноситься до обов'язкової медичної документації.

Картка не тільки допомагає під час лікування, але і служить документацією для подальшої військової чи післявоєнної кар'єри постраждалого. Зокрема, вона допомагає вирішити питання щодо подальшого лікування та реабілітації з приводу інвалідності через оцінку недієздатності бійця.

Перший запис – ідентифікаційний номер військового. Зазвичай цей номер визначається командуванням окремого підрозділу. Підрозділ повинен заповнити поле з особистими даними бійців перед своїм розгортанням. Якщо з певної причини номер військового невідомий, запишіть ініціали бійця та 4-5 останніх цифр з ідентифікаційного жетона військового.

Наприклад, бійцю на ім'я Дмитро Дмитренко 123-12-1234 буде належати номер ДД 1234. Розділ картки з особистими даними бійця містить його прізвище та ім'я, останні 4 цифри з жетону військового, стать, рід військ та номер частини/підрозділу. Розділ з особистою інформацією бажано заповнити

задалегідь, після чого помістити картку в АМЗІ. Також цей розділ містить інформацію про місце та час отримання травм.

ТССС Картка пораненого

Номер операції: _____ Дата (дд-мм-рр): _____ Час: _____
 Евакуаційна категорія: Термінова Пріоритетна Заочна
 ПІБ: _____ Стать: Ч Ж
 Останні 4 цифри особистого номера: _____
 Рід військ: _____ Підрозділ: _____ Алергія: _____

Механізм травми (позначити все, що стосується даного випадку)
 Артилерійська Опік Тупа Падіння Вогнепальна
 Саморобний вибух, пристр. Міна ДТП РПГ
 Інше _____

Поранення (позначити все, що стосується даного випадку)

Турнікет П Рука

Тип _____

Час _____

Турнікет Л Рука

Тип _____

Час _____

Турнікет П Нога

Тип _____

Час _____

Турнікет Л Нога

Тип _____

Час _____

Ознаки та симптоми

Час				
Пулс				
Артеріальний тиск	/	/	/	/
Частота дихання				
Сатурація, %				
Рівень свідомості АРП				
Шкала болю (0-10)				

ТССС Картка пораненого

Номер операції: _____
 Евакуаційна категорія: Термінова Пріоритетна Заочна

Надана допомога (позначити все, що стосується даного випадку) Тип:
 М: Кровотеча: Кінцівки Суглоби Тулуб
 Пошкодження: Тиснуча Екзостатична Інша
 А: Дистальні шокли: Інтактні назофарингеальний повітровід
 В: кріотеріогемія ЕТ трубка надгортанний повітровід
 Дихання: О2 Голова: декомпресія Дренування Пошкодження

С	Назва	Об'єм	Шлях введення	Час
Розчин				
Препарат крові				

Препарати	Назва	Об'єм	Шлях введення	Час
Анальгетики (напр. морфін, фентаніл, кетанол)				
Антибіотики (напр. амоксицилін, кларитромицин)				
Інші (напр. трансфузійні засоби)				

Інше:
 Набір пігулок Пошкодження на око (П Л) шина
 Тип попередження спотворень _____

Нотатки _____

Пікаріфондшер (ПІБ): _____

Рисунок 133 – Медична інформаційна картка (пораненого)

Інформація про механізм травми. Можливо, вам буде необхідно позначити більше, ніж 1 травму. Більшість пунктів з цього розділу пояснюють механізм травмування:

артилерія, тупа травма, опік; падіння з висоти, граната, вогнепальне поранення, саморобний вибуховий пристрій, наземна міна, автомобільна аварія, або інше.

ТССС Картка пораненого

Номер операції: **AC1234** Дата (дд-мм-рр): **2/08/17** Час: **03:30**
 Евакуаційна категорія: Термінова Пріоритетна Заочна
 ПІБ: **Валерій Михайлович** Стать: Ч Ж
 Останні 4 цифри особистого номера: **1234**
 Рід військ: **24119** Підрозділ: **1/229** Алергія: **Не відомо**

Механізм травми (позначити все, що стосується даного випадку)
 Артилерійська Опік Тупа Падіння Вогнепальна
 Саморобний вибух, пристр. Міна ДТП РПГ
 Інше _____

Поранення (позначити все, що стосується даного випадку)

Турнікет П Рука

Тип _____

Час _____

Турнікет Л Рука

Тип _____

Час _____

Турнікет П Нога

Тип _____

Час _____

Турнікет Л Нога

Тип **САТ**

Час **03:30**

Ознаки та симптоми

Час	03:40	03:55	04:10	04:25
Пулс	120	90	105	110
Артеріальний тиск	10 / 8	130 / 95	110 / 80	100 / 80
Частота дихання	28	18	16	20
Сатурація, %	86	96	98	97
Рівень свідомості АРП	P	V	A	V
Шкала болю (0-10)			6	

ТССС Картка пораненого

Номер операції: **AC1234**
 Евакуаційна категорія: Термінова Пріоритетна Заочна

Надана допомога (позначити все, що стосується даного випадку) Тип:
 С: Кровотеча: Кінцівки Суглоби Тулуб
 Пошкодження: Тиснуча Екзостатична Інша
 А: Дистальні шокли: Інтактні назофарингеальний повітровід
 В: кріотеріогемія ЕТ трубка надгортанний повітровід
 Дихання: О2 Голова: декомпресія Дренування Пошкодження

С	Назва	Об'єм	Шлях введення	Час
Розчин				
Препарат крові		400	ВВ	03:45

Препарати	Назва	Об'єм	Шлях введення	Час
Анальгетики (напр. морфін, фентаніл, кетанол)	Кетамідол	50 мг	ВВ	03:40
Антибіотики (напр. амоксицилін, кларитромицин)	Еритромицин	1 в.	ВВ	04:10
Інші (напр. трансфузійні засоби)	ТХА	1 в.	ВВ	04:10

Інше:
 Набір пігулок Пошкодження на око (П Л) шина
 Тип попередження спотворень: **Трансфузії**

Нотатки: **Потрібно вжити всієї наявної дренувальної трубки**

Пікаріфондшер (ПІБ): **Михайлович Іван, 02093013 р.**

Рисунок 134 – Заповнення медичної картки

Наступний розділ – опис поранення. На картці знаходяться зображення тіла людини спереду і ззаду, на яких “хрестиком” слід позначити місця травм. При опіках позначте кружечком відсоток ураження. При комбінованих травмах та множинних пошкодженнях проведіть лінії між механізмом травмування та місцем на тілі бійця. Якщо накладений турнікет – позначте на зображенні час і місце його накладання, а також тип турнікета.

Після цього – заповніть розділ “Симптоми”. Позначте частоту пульсу, частоту дихання.

На зворотному боці картки угорі повторюється інформація про особисті дані бійця та пріоритетність евакуації.

Наступний розділ – “Лікування”. Деякі пункти заповнюються медиками, наприклад – розчини для інфузії, ліки при бойових пораненнях. Проте деякі речі можуть заповнюватися рятувальниками, які надають допомогу в тактичних (польових) умовах:

а) верхній рядок – дії щодо зупинки кровотечі, такі як місце накладання турнікета, тампонада ран тощо;

б) наступний рядок – лікування для підтримки адекватного дихання. Сюди слід записати інформацію про оклюзійні пов’язки, голкову декомпресію, встановлення дренажів. (Маніпуляції проводяться медиками!).

Нижче пунктів про розчини та медикаменти, які заповнюються медиками, ви можете зазначити:

а) накладання жорсткого щитка на око;

б) накладання шини при переломі;

в) використання засобів проти гіпотермії тощо.

Наступний розділ – місце для запису інформації, яка може знадобитися медикам наступного рівня допомоги, до яких в подальшому буде скерований боєць.

Останній розділ внизу сторінки – ім’я та останні 4 цифри з вашого індивідуального жетона, або дані медика, якому ви допомагаєте.

7.4. Використання м’яких, жорстких та імпровізованих нош, а також принципи виготовлення імпровізованих нош (до підзавдань 000Г(Б).21Л.0405, 000Г(Б).21Л.0406)

На даний час особовий склад бойових підрозділів може бути забезпечений значним розмаїттям нош для перенесення постраждалих. Ця строкатість видів та конструкцій в першу чергу пов’язана з широкою волонтерською діяльністю. Ноші, які доставляють на передову можуть бути сертифіковані в збройних силах інших країн, а можуть бути власних конструкцій. Деякі зразки таких нош повністю не відповідають вимогам для свого призначення, інші достатньо якісно виготовлені.

Ноші м’які призначені для перенесення постраждалого. Представляють собою полотно з щільної тканини, прошите армуючи ми стрічками. Можуть бути розраховані на чотирьох, шістьох або вісьмох носіїв. Оптимальна кількість носіїв – шестеро

Ноші м'які мають ряд переваг, а саме: компактні габарити у складеному вигляді та невелика вага, можливість використання у вузьких, звивистих переходах, надійна фіксація пораненого.

Недоліком використання м'яких нош є необхідність задіяти для перенесення постраждалого групи з 4-6 осіб, які будуть пріоритетною цілю для ворожих засобів ураження.

Евакуація пораненого здійснюється ногами в перед. Це обумовлено тим, що за статистикою частіше падають ті, хто йдуть попереду, а також враховують і той фактор, що старший представник медичної служби повинен постійно візуально по обличчю оцінювати стан пораненого і не відволікатись на дорогу.



Рисунок 135 – Ноші м'які

Жорсткі складні ноші є різних типів. Станом на 2025 р. на оснащенні ЗС України знаходяться уніфіковані санітарні ноші. Санітарні ноші мають довжину 2 м 21,5 см, ширину 55 см і висоту 16 см. Ноші зберігають і переносять в згорнутому стані. Уніфіковані санітарні ноші є штатним майном медичного пункту батальйону, а також необхідним майном всіх санітарних автомобілів.



Рисунок 136 – Ноші жорсткі

Волокуші допомагають полегшити переміщення постраждалого. Для цього використовують штатні пластикові ноші (Лелека, Foxtrot, Skedko), а також за допомогою підручних матеріалів (наприклад, плащ-намет або ковдра). Однією з переваг використання таких засобів є значне зменшення тертя під час волочіння постраждалого по землі, особливо у зимовий період, коли волокуші виступають в ролі саней для переміщення постраждалого.

Іншою, більш суттєвою перевагою даного типу нош є можливість перенесення (переміщення) постраждалого однією людиною, що зменшує кількість військовослужбовців під час евакуації до мінімуму.



Рисунок 137 – Використання штатних нош типу волокуші

2. ЗАКЛЮЧЕННЯ

Дотримуючись послідовності MARCH, виконуючи швидку оцінку поранених, і використовуючи навички порятунку, які вам дає цей курс, **ВИ МОЖЕТЕ ВРЯТУВАТИ ЖИТТЯ!** Ваше завдання – діяти!

Надайте допомогу для порятунку життя відповідно до ваших практичних навичок. Документуйте допомогу, яку ви надаєте, щоб можна було передати цю інформацію на наступні етапи задля забезпечення безперервності лікування. Допоможіть з організацією евакуації, щоб поранений якомога швидше отримав вичерпну медичну допомогу.

