



ТАКТИЧНА ДОГОСПІТАЛЬНА ДОПОМОГА

(КУРС ІНДИВІДУАЛЬНОЇ ПІДГОТОВКИ)

(ЗА ПРОГРАМОЮ БАЗОВОЇ
ЗАГАЛЬНОВІЙСЬКОВОЇ ПІДГОТОВКИ
(ДЛЯ ПІДГОТОВКИ МОБІЛІЗАЦІЙНИХ РЕСУРСІВ,
ВЕРСІЯ 6, ТЕРМІН НАВЧАННЯ 51 ДОБА)



Наказ № 32 від 25 липня 2025 року
ОБМЕЖЕННЯ РОЗПОВСЮДЖЕННЯ:

Для розповсюдження в Збройних Силах України і інших складових сил оборони держави. Виготовлення копій здійснюється з дозволу розробника стандарту підготовки.

Цей довідковий матеріал до стандарту індивідуальної базової загальновійськової підготовки є третім виданням, яке замінює ДМ до СТІ 000Г(Б).21Л, видання друге, затверджене та введене в дію наказом начальника Центру оперативних стандартів і методики підготовки Збройних Сил України від 24.02.2025 №13.

КОМАНДУВАННЯ МЕДИЧНИХ СИЛ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ
СПІЛЬНО З ЦЕНТРОМ ОПЕРАТИВНИХ СТАНДАРТІВ
І МЕТОДИКИ ПІДГОТОВКИ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ

ДМ до СТІ 000Г(Б).21Л

ТАКТИЧНА ДОГОСПІТАЛЬНА ДОПОМОГА

(КУРС ІНДИВІДУАЛЬНОЇ ПІДГОТОВКИ)

**(ЗА ПРОГРАМОЮ БАЗОВОЇ
ЗАГАЛЬНОВІЙСЬКОВОЇ ПІДГОТОВКИ
(ДЛЯ ПІДГОТОВКИ МОБІЛІЗАЦІЙНИХ РЕСУРСІВ,
ВЕРСІЯ 6, ТЕРМІН НАВЧАННЯ 51 ДОБА)**

**Довідковий матеріал
командирам
(керівникам занять,
інструкторсько-
викладацькому складу)
ЦПСС НЦ
ЗС України і ІССОУ
для підготовки до
проведення занять з
тактичної
догоспітальної
допомоги**

**Наказ № 32 від 25 липня 2025 року
ОБМЕЖЕННЯ РОЗПОВСЮДЖЕННЯ:**

Для розповсюдження в Збройних Силах України і інших складових сил оборони держави. Виготовлення копій здійснюється з дозволу розробника стандарту підготовки.

Цей довідковий матеріал до стандарту індивідуальної базової загальновійськової підготовки є третім виданням, яке замінює ДМ до СТІ 000Г(Б).21Л, видання друге, затверджене та введене в дію наказом начальника Центру оперативних стандартів і методики підготовки Збройних Сил України від 24.02.2025 №13.

**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
1	2
АМЗІ	Аптечка медична загальновійськова індивідуальна
ДМ	Довідкові матеріали
ЗІЗ	Засоби індивідуального захисту
ЗС України	Збройні Сили України
НТЗ	Навчально-тренувальні засоби
ОЦ	Основні цілі підготовки (визначається необхідний для засвоєння військовослужбовцями навчальний матеріал модулів)
ОВТ	Озброєння та військова техніка
ПВ	Практичне відпрацювання (виконання курсантами практичних вправ)
ПЦ	Проміжні цілі підготовки (визначається необхідний для засвоєння військовослужбовцями навчальний матеріал тем)
РХБз	Радіаційний, хімічний, бактеріологічний захист
СТП	Стандарт підготовки
СТІ	Стандарт індивідуальної підготовки
СЗ	Завдання для самостійного опрацювання
СР	Самостійна робота
ААР (АПД)	After Action Review (Аналіз проведених дій)
	Feedback (Зворотній зв'язок)
ОРТ	Operational Resilience Training (Бойова стійкість)

“Здоров’я настільки переважає всі блага життя, що воістину здоровий жебрак щасливіший від хворого короля”.

(Артур ШОПЕНГАУЕР)

1. КУРС ІНДИВІДУАЛЬНОЇ ПІДГОТОВКИ

1.1. Довідковий матеріал до завдання 000Г(Б).21Л.01 (Тема №1 “Вступ. Основи надання допомоги в умовах воєнних (бойових) дій”

Заняття 1. Основи надання допомоги в умовах воєнних (бойових) дій. Призначення, склад, правила використання аптечки медичної загальновійськової індивідуальної (далі – АМЗІ) (1 година).

Умови:

теоретично/інтерактивно;
словесно-наочний
навчальний клас.

Головні наративи:

“У війні з використанням дронів та артилерії 90% поранень – осколкові. Противника не завжди видно, але його вплив відчуваєш одразу”

“Шанси пораненого на виживання залежать від першої допомоги. Без негайного втручання при критичних пораненнях він може не дожити до шпиталю.”

“Першу, а тому найважливішу допомогу, зазвичай, надає побратим!”

Методичні рекомендації:

Заняття проводиться у складі навчального взводу методом лекції з постійною, активною взаємодією всіх учасників навчального процесу та наочною демонстрацією керівником заняття (інструктором).

Під час проведення лекційного заняття керівник заняття (інструктор) для якісної організації заняття використовує наявні матеріальні/симуляційні засоби: комп’ютер, відеопроєктор, екран для відображення інформації, інформаційний та методичний матеріал, фото- і відеоматеріали, плакати, демонстраційні комплекти АМЗІ, тощо.

Керівник (інструктор) заняття доводить заходи безпеки на навчальному курсі.

Керівник (інструктор) заняття доводить:

щодо загальних питань тактичної догоспітальної допомоги:

поняття тактичної догоспітальної допомоги в умовах воєнних (бойових) дій в межах само- та взаємодопомоги;

основні причини смертності на полі бою, які можна попередити;

етапи тактичної догоспітальної допомоги в умовах воєнних (бойових) дій;

загальну послідовність дій та обсяг надання тактичної догоспітальної допомоги в умовах воєнних (бойових) дій:

надання допомоги постраждалим в зоні прямої загрози (етап Допомоги під вогнем);

надання допомоги постраждалим в зоні непрямой загрози (етап Допомоги в тактичному укрітті) за алгоритмом MARCH;

надання допомоги постраждалим в безпечній зоні (етап Евакуації).

щодо АМЗІ:

призначення і правила використання АМЗІ;

склад АМЗІ;

призначення кожного засобу, що знаходиться в АМЗІ.

Наприкінці заняття військовослужбовці повинні отримати базові знання щодо заходів тактичної догоспітальної допомоги в умовах воєнних (бойових) дій.

1.1.1. Поняття тактичної догоспітальної допомоги в умовах воєнних (бойових) дій

Тактична догоспітальна допомога – невідкладні дії та організаційні заходи, у тому числі виконання медичних маніпуляцій (інтервенцій)

та застосування лікарських засобів, спрямовані на врятування та збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я, що здійснюються особами сил оборони та сил безпеки, які пройшли відповідну підготовку або мають відповідну кваліфікацію.

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

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

Розділ тактичної догоспітальної допомоги розрахований на навчання базовим навичкам з надання самопомоги та взаємодопомоги в умовах воєнних (бойових) дій.

Самодопомога – це обсяг тактичної догоспітальної допомоги, яку військовослужбовець надає сам собі.

Взаємодопомога – це обсяг тактичної догоспітальної допомоги, яку надають інші військовослужбовці постраждалому, використовуючи засоби з індивідуального комплексу медичного майна постраждалого або групових комплектів медичного майна.

1.1.2. Основні причини смертності на полі бою, які можна попередити

Надання тактичної догоспітальної допомоги на полі бою є основною запорукою порятунку життя постраждалому. Аналіз причин смерті військовослужбовців під час ведення бойових дій вказує на те, що значну їх кількість можна було б урятувати при своєчасному та якісному наданні тактичної догоспітальної допомоги. Проте, деякі стани, такі як масивна кровотеча з рани на руці або нозі та порушення прохідності верхніх дихальних шляхів, можна усунути на полі бою. За умови вживання належних заходів самота взаємодопомоги, смерті на полі бою можна значно зменшити.

Правильні дії першого рятівника мають вирішальне значення. Покращення допомоги постраждалим призводить до значного зниження рівня смертності на наступних етапах евакуації.

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

при масивній кровотечі постраждалий може загинути протягом 3-х хвилин, причина смерті – швидка втрата значної кількості крові.

при порушенні прохідності верхніх дихальних шляхів внаслідок: обструкції сторонніми тілами, западання кореня язика, через втрату свідомості (травма голови, шок) – в положенні горілиць постраждалий гине за 5 хвилин.

при проникаючому пораненні грудної клітки смерть настає у межах 30 хвилин.

Також до найчастіших причин смерті постраждалих належать геморагічний шок (стан, пов'язаний з крововтратою) та переохолодження.

1.1.3. Етапи тактичної догоспітальної допомоги в умовах воєнних (бойових) дій

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

До основних цілей тактичної догоспітальної допомоги належать:

виконання бойового завдання (завершення бойової операції);

власна безпека;

попередження додаткових поранень і травм у постраждалого;

надання певного обсягу допомоги постраждалому.

Задля чіткого розмежування можливостей та обмежень обсягу надання допомоги постраждалим, умовно виділяють наступні її етапи:

Етап Допомоги під вогнем – це умовний етап, де проводяться воєнні (бойові) дії та наявна безпосередня загроза життю та здоров'ю військовослужбовця внаслідок прямого впливу наявних засобів ураження

противника, або коли дія зовнішніх чинників є більш загрозливою для рятувника та для постраждалого, ніж отримані пошкодження. Характеризується значним обмеженням обсягу тактичної догоспітальної допомоги внаслідок наявного вогневого впливу противника.

Етап Допомоги в тактичному укритті – це умовний етап де проводяться воєнні (бойові) дії із наявним пристосованим або непристосованим укриттям, що створює певний захист від прямого впливу наявних засобів ураження противника та дозволяє уникати додаткових поранень/травм. Характеризується відсутністю прямого вогневого впливу противника.

Етап Евакуації – це умовний етап, що вважається безпечним та з якого відбувається евакуація постраждалих військовослужбовців на наступні етапи евакуації. Характеризується достатнім віддаленням від безпосереднього вогневого впливу противника

Загальна послідовність дій та обсяг надання тактичної догоспітальної допомоги в умовах воєнних (бойових) дій:

На етапі Допомоги під вогнем:

В рамках самодопомоги в зоні прямої загрози слід виконати такі дії:

За можливості, продовжити виконання бойового завдання.

Доповісти безпосередньому командирі про отримане ушкодження (поранення), запросити допомогу – вогневу підтримку (прикриття) та за необхідністю допомогу інших військовослужбовців, виконувати вказівки безпосереднього командира.

Провести зупинку масивної зовнішньої кровотечі.

Переміститись в тактичне укриття (пристосоване або непристосоване) та/або убезпечити себе від отримання додаткових поранень.

В рамках взаємодопомоги на етапі Допомоги під вогнем:

Перш за все, Ви маєте переконатися у власній безпеці.

За можливості, продовжити виконання бойового завдання з метою встановлення вогневої переваги для уникнення додаткових втрат і поранень у вже існуючих постраждалих.

Використовувати правило “ЗД” (доповідь, допомога (прикриття), дозвіл).

Визначити пріоритети надання допомоги:

витягування/переміщення постраждалих із палаючих транспортних засобів або будівель;

зупинка масивної зовнішньої кровотечі за умов сприятливої тактичної обстановки;

за можливості – наказіть постраждалому переміститись в тактичне укриття (пристосоване або непристосоване) та убезпечити себе від отримання додаткових поранень/травм і надати собі самодопомогу;

якщо постраждалий без свідомості або в свідомості, але не може рухатися – слід розробити та виконати план для порятунку постраждалого (за сприятливої тактичної можливості);

визначте ступінь ризику для тих, хто надає допомогу, врахуйте свої переваги на даний момент та переконайтеся, що весь задіяний особовий склад розуміє план переміщення постраждалого.

На етапі Допомоги в тактичному укритті:

Забезпечити заходи безпеки, маскування та охорону території.

Оцінити стан свідомості постраждалого, роззброїти його та вилучити засоби зв'язку, якщо цього не було зроблено раніше. За наявної свідомості у постраждалого – постійно підтримувати з ним контакт.

Визначити пріоритетність надання допомоги за наявності декількох постраждалих.

Оглянути та надати допомогу постраждалому за алгоритмом **MARCH**.

ВАЖЛИВО! При наданні допомоги постраждалому використовувати відповідні засоби індивідуального захисту.

На етапі Евакуації:

Підготувати постраждалого до евакуації, періодично здійснювати переоцінку його стану відповідно алгоритму **MARCH**, особливу увагу звертати на контроль кровотечі та дихання.

Психологічно підтримувати та комунікувати з постраждалим.

За можливістю комунікувати з медичним персоналом та передавати інформацію про постраждалого за МІСТ-рапортом.

Заповнити “Картку постраждалого”.

1.1.4. Аптечка медична загальновійськова індивідуальна (АМЗІ)

1.1.4.1. Призначення і правила використання АМЗІ

Аптечка медична загальновійськова індивідуальна (АМЗІ) призначена для надання допомоги постраждалим у бойових умовах, у порядку само- та взаємодопомоги, та застосовується військовослужбовцями за цільовим призначенням під час виконання бойових завдань або в екстрених ситуаціях при отриманні травми та поранення (рисунок 1.1).

Правила використання АМЗІ (далі –аптечка):

Аптечка призначена для особистого користування військовослужбовцем або для надання допомоги побратиму.

При взаємодопомозі використовується аптечка постраждалого в першу чергу.

Вміст аптечки необхідно знати, а також вміти правильно використовувати всі її компоненти.

Засоби наявні в АМЗІ мають використовуватися за призначенням.

Перевіряти стан аптечки необхідно регулярно, особливо перед виходом на завдання.

1.1.4.2. Склад АМЗІ та призначення кожного засобу АМЗІ

Склад АМЗІ затверджений наказом Міністерства оборони України від 24.04.2024 №506 “Про затвердження Переліків лікарських засобів та медичних виробів, якими забезпечується особовий склад сил безпеки і сил оборони для надання тактичної догоспітальної допомоги”.

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

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 Левофлоксацин, тверда пероральна форма	Мг	400 або 500

II. Медичні вироби

№ з/п	Найменування	Одиниця виміру	Кількість
1	2	3	4
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

1	2	3	4
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 1.1 – Аптечка медична загальновійськова індивідуальна

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

Засіб для зупинки кровотечі механічний вороткового типу (рисунок 1.2) необхідно мати в аптечці бійця. Також рекомендується другий турнікет носити ззовні – 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. НЕ рекомендується носіння турнікета в нижніх кишенях (нижче коліна) тактичних штанів.



Рисунок 1.2 – Турнікет механічний вороткового типу

Бандаж еластичний з абсорбуючим та компресійним елементами.

Бандаж для першої допомоги з аплікатором для тиску на рану (рисунок 1.3), який ще називають “ізраїльський бандаж” – сучасний перев’язувальний пакет, який, створюючи постійний тиск на рану, зупиняє більшість немасивних кровотеч.



Рисунок 1.3 – Бандаж еластичний з абсорбуючим та компресійним елементами

Бинт тампонувальний кровоспинний з хімічною речовиною гемостатичною.

Гемостатичний (кровоспинний) засіб (рисунок 1.4А, 1.4Б) у вигляді кровоспинного бинта з хімічною складовою. Цей бинт застосовуються для тампонування ран з кровотечею, що розміщуються у наступних ділянках: основа шиї, підпахвами, пах (вузлові ділянки тіла), а також промежина і сідниці.



Рисунок 1.4А –Бинти тампонувальні кровоспинні



Рисунок 1.4Б –Бинти тампонувальні кровоспинні

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

Термоковдра на поліетиленовій основі (рисунок 1.5).



Рисунок 1.5 –Термоковдра



Рисунок 1.6 –Набір медикаментів



Рисунок 1.7 – Оклюзійнаторакальна наліпка з клапаном



Рисунок 1.8 – Захисний жорсткий щиток для ока



Рисунок 1.9 – Бинт марлевий стерильний



Рисунок 1.10 – Лейкопластир на полімерній основі в рулоні



Рисунок 1.11 – Маркер водостійкий



Рисунок 1.12 - Ножиці для розрізання одягу та взуття (атравматичні)



Рисунок 1.13 – Рукавички оглядові нітрилові нестерильні

Міністерство оборони України **КАРТКА ПОСТРАЖДАЛОГО** Форма № 002/о Наказ МОУ № 2025 №

1 Загальна інформація

Дата події _____ рік Час події _____ : _____

Евакуаційна категорія: ☐ Термінова(I) ☐ Пріоритетна(II) ☐ Звичайна(III)

ПІБ _____

ДН _____ рік Стать: ☐ Ч ☐ Ж ID _____

В/ч _____ В/звання _____ Алергія _____

2 Механізм

☐ Вогнепальна ☐ Вибухова ☐ Тупа ☐ Відкрита ☐ Тривале стиснення

☐ Теплова ☐ Холодова ☐ ХБРЯ

Тип: ☐ Проникна ☐ Непроникна

☐ Інше: _____

3 Травма

Турнікет права рука

Назва _____

Накладено _____ :

Знято _____ :

Переміщення _____ :

Конверсія _____ :

Турнікет ліва рука

Назва _____

Накладено _____ :

Знято _____ :

Переміщення _____ :

Конверсія _____ :

Турнікет права нога

Назва _____

Накладено _____ :

Знято _____ :

Переміщення _____ :

Конверсія _____ :

Турнікет ліва нога

Назва _____

Накладено _____ :

Знято _____ :

Переміщення _____ :

Конверсія _____ :

4 Життєві показники

Час _____ : _____ : _____ : _____

Частота дихання _____

SrO₂ _____

Пульс _____

Міністерство оборони України **КАРТКА ПОСТРАЖДАЛОГО**

5 Надана допомога

M: ☐ Кінцівки TQ ☐ Вузовий TQ ☐ Абдомінальний TQ _____

☐ Тампонування ☐ Гемостатичний бинт _____

☐ Тиснуча пов'язка ☐ Інше _____

A: ☐ Прохідні ☐ O₂ _____ л/хв ☐ НФП ☐ НГП ☐ Кріко _____

R: ☐ Дихальний мішок Декомпресія: ☐ П ☐ Л _____

Оклюзійна наліпка: ☐ П ☐ Л ☐ Вентильована ☐ Невентильована _____

C: Судинний доступ: ☐ В/В ☐ В/К _____

Інфузійна терапія				
	Назва	Об'єм	Шлях введення	Час
Розчин				:
Кров/компоненти				:
Суша плазма				:

Лікарські засоби				
	Назва	Доза	Шлях введення	Час
Анальгетик (наприклад: фентаніл, парацетамол)				:
Антибіотик (наприклад: моксифлоксацин)				:
Інші (наприклад: трансамова кислота)				:

N: Профілактика гіпотермії: ☐ А ☐ П Засіб _____

☐ Набір ЛЗ ☐ Щиток на око: ☐ Л ☐ П Імобілізація _____

6 Додаткова інформація

Нотатки: _____

ПІБ _____ В/ч _____

Дата _____ рік Підпис _____

Рисунок 1.14 – Картка постраждалого ф002/о (відноситься до облікової документації)

1.2. Довідковий матеріал до завдання 000Г(Б).21Л.02 (Тема № 2 Надання допомоги постраждалим на етапі Допомоги під вогнем)

Допомога постраждалому не повинна перешкоджати виконанню бойового завдання. Тактична догоспітальна допомога надається у вигляді само- та взаємодопомоги.

В рамках самодопомоги в зоні прямої загрози слід виконати такі дії:

За можливості, продовжуйте виконання бойового завдання;

Доповісти безпосередньому командирі про отримане ушкодження (поранення), запросити допомогу – вогневу підтримку (прикриття) та допомогу інших військовослужбовців та за можливості продовжувати виконання бойового завдання, надалі – виконувати вказівки безпосереднього командира;

В межах самодопомоги, за наявності ознак зовнішньої масивної кровотечі використати механічний засіб для зупинки кровотечі (турнікет), якщо місце поранення передбачає його застосування (зафіксувати час його накладання – якщо дозволяє тактична обстановка). За неможливості застосування турнікету через анатомічне розміщення рани здійснити прямий тиск на рану та/або використати підручний тиснучий елемент на зону поранення або на з'єднувальну ділянку тіла, вище поранення (пахвинна та пахову ділянки) до прибуття допомоги або до можливості переміщення в тактичне укриття;

Переміститись в тактичне укриття (пристосоване або непристосоване) та убезпечити себе від отримання додаткових поранень.

ВАЖЛИВО! *Допомогу в зоні прямої загрози (етап допомоги під вогнем) надають за наказом командира, оскільки основним пріоритетом на даному етапі є виконання бойового завдання.*

В рамках взаємодопомоги:

перш за все, ви маєте переконатися у власній безпеці;

головною метою допомоги під вогнем є встановлення вогневої переваги. для уникнення додаткових втрат і поранень у вже існуючих постраждалих;

викладене вище дає можливість визначити пріоритети надання допомоги. до цих пріоритетів відносяться:

витягування постраждалих із палаючих транспортних засобів або будівель.

зупинка масивної кровотечі за допомогою турнікетів для кінцівок (за сприятливої тактичної обстановки).

переміщення постраждалого в укриття, за сприятливої тактичної обстановки.

якщо постраждалий в свідомості, але не може рухатися, а тактична обстановка відкриває вікно можливостей, слід розробити та виконати план для порятунку постраждалого (за тактичної можливості);

визначте ступінь ризику для рятувальників, врахуйте свої переваги на даний момент та переконайтеся, що весь особовий склад розуміє план переміщення.

використовуйте правило “ЗД” (трьох Д: доповідь, допомога (прикриття), дозвіл): повідомити безпосереднього командира (або старшого по званню) про наявність постраждалих та їх кількість; запросити допомогу – вогневу підтримку (прикриття) та допомогу інших військовослужбовців або молодшого медичного персоналу. Якщо постраждалий знаходиться на відстані, розпочинати комплекс дій з надання тактичної догоспітальної допомоги тільки після дозволу командира;

ВАЖЛИВО!*Не наражайте рятівників на небезпеку, якщо її можна уникнути!!!*

За можливості, накажіть постраждалому переміститись в тактичне укриття (пристосоване або непристосоване) та убезпечити себе від отримання додаткових поранень/травм і надати собі самодопомогу;

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

Особиста безпека. Понизити свій силует, знайти укриття.

Перед переміщенням в тактичне укриття потрібно оцінити можливість та безпечність, враховуючи шлях переміщення постраждалого, його масу тіла, загрозу зовнішніх факторів, в тому числі вогневий вплив противника;

При сприятливій тактичній обстановці – перемістити або перетягнути постраждалого до тактичного укриття, щоб убезпечити його від отримання додаткових ушкоджень. При наданні допомоги дбати про власну безпеку.

За необхідністю використовуйте приховане переміщення, а саме: складки місцевості, елементи рослинності, міської забудови, прикриття бронею, дим тощо.

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

Під час надання допомоги знаходимося у профілі постраждалого. “прикриватись постраждалим”.

Важливо контролювати зброю постраждалого, а також вилучити засоби зв'язку під час надання допомоги та переміщення в укриття.

Під час надання допомоги постраждалому користуємося його аптечкою.

Бронежилет та шолом завжди повинні знаходитись на постраждалому.

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

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

На етапі надання допомоги в зоні прямої загрози (етап допомоги під вогнем) зупинити зовнішню масивну кровотечу використовуючи механічний засіб для зупинки кровотеч (турнікет) поверх уніформи (одягу) чітко вище місця кровотечі, якщо місце поранення передбачає його застосування та

зафіксувати час його накладання (будь яким доступним способом). Якщо складно визначити конкретне місце ураження, накладайте турнікет максимально високо і туго. За неможливості застосування турнікету через анатомічне розміщення рани – здійснити прямий тиск на рану та/або використати підручний тиснучий елемент на зону поранення або на з'єднувальну ділянку тіла вище поранення (пахвинну, пахову ділянки) до прибуття допомоги, або до можливості переміщення в тактичне укриття.

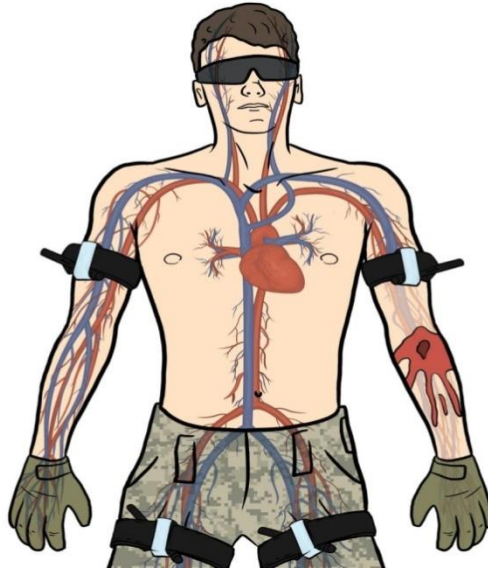


Рисунок 1.16 – місця накладання турнікета високо та туго під часу етапу допомоги під вогнем

Рекомендації стосовно надання Допомоги під вогнем:

відкрийте вогонь у відповідь та знайдіть укриття;

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

використовуйте правило “ЗД”(трьох Д);

накажіть постраждалому рухатися в укриття і надати собі допомогу, якщо це можливо, або, якщо тактична обстановка дозволяє, отримавши дозвіл командира, перемістіть або перетягніть постраждалого до укриття;

намагайтесь уникнути появи у постраждалого додаткових травм та поранень;

у випадку горіння: витягніть постраждалого з автомобіля чи будівлі, які горять, та перемістіть в зону непрямої загрози. Після цього зробіть усе можливе, щоб припинити горіння на постраждалому.

Зупиніть масивну зовнішню кровотечу, якщо дозволяє тактична обстановка, виконуючи наступне:

наказати постраждалому самостійно зупинити кровотечу, якщо це можливо;

застосувавши засіб для зупинки кровотечі механічний вороткового типу для кінцівок з метою зупинки кровотечі в місцях, які анатомічно доступні для їхнього використання,

накласти турнікет для кінцівок поверх одягу на 5-8 сантиметрів вище поранення. Якщо місце загрозливої для життя кровотечі неочевидне, розмістіть турнікет “високо і туго” на пошкодженій кінцівці та перемістіть постраждалого в укриття.

ВАЖЛИВО! *Всі інші інтервенції краще відкласти до етапу надання допомоги в зоні непрямой загрози (етап Допомоги в тактичному укритті).*

1.2.1. Основні правила безпеки при роботі на етапі Допомоги під вогнем

На етапі Допомоги під вогнем:

В рамках самодопомоги на етапі Допомоги під вогнем:

За можливості продовжити виконання бойового завдання.

Доповісти безпосередньому командирі про отримане поранення/травма, запросити допомогу – вогневу підтримку (прикриття) та за необхідністю допомогу інших військослужбовців, виконувати вказівки безпосереднього командира.

Провести зупинку масивної зовнішньої кровотечі.

Переміститись в тактичне укриття (пристосоване або непристосоване) та/або убезпечити себе від отримання додаткових поранень;

В рамках взаємодопомоги на етапі Допомоги під вогнем:

Перш за все, Ви маєте переконатися у власній безпеці.

За можливості, продовжити виконання бойового завдання з метою встановлення вогневої переваги для уникнення додаткових втрат і поранень у вже існуючих постраждалих.

Використовувати правило “ЗД” (доповідь, допомога (прикриття), дозвіл).

Визначити пріоритети надання допомоги постраждалим

Витягування/переміщення постраждалих із палаючих транспортних засобів або будівель.

Зупинка масивної зовнішньої кровотечі за умов сприятливої тактичної обстановки.

За можливості – накажіть постраждалому переміститись в тактичне укриття (пристосоване або непристосоване) та убезпечити себе від отримання додаткових поранень/травм і надати собі самодопомогу.

Якщо постраждалий без свідомості або в свідомості, але не може рухатися – слід розробити та виконати план для порятунку постраждалого (за сприятливої тактичної можливості).

Визначте ступінь ризику для тих, хто надає допомогу, врахуйте свої переваги на даний момент та переконайтеся, що весь задіяний особовий склад розуміє план переміщення постраждалого.

Основні правила безпеки під час надання допомоги постраждалому під вогнем:

Власна безпека – пріоритет №1.

Постраждалий має допомагати собі сам, якщо може.

Мінімізуйте час під вогнем – евакуація важливіша за вичерпну медичну допомогу.

Використовуйте дим, укриття та вогневу підтримку.

Якнайшвидше передайте/перемістіть постраждалого на наступний етап надання допомоги.

Ці правила можуть врятувати життя – і ваше, і побратимів.

1.2.2. Планування дій та правила безпеки при роботі на етапі Допомоги під вогнем

Виконання бойового завдання та надання допомоги постраждалому можуть суперечити одне одному. Несплановані дії щодо порятунку постраждалого, можуть бути критичними для виконання бойового завдання та спричинити додаткові втрати серед особового складу підрозділу.

Дуже важливою складовою є налагоджена комунікація між бійцями підрозділу та з безпосереднім командиром, який володіє більш розгорнутою ситуацією та може раціонально прийняти рішення щодо подальших дій підрозділу.

ВАЖЛИВО! *Навіть, якщо постраждалий Ваш близький друг і Ви хочете надати допомогу то пам'ятайте, що імпульсивні дії можуть привести до ситуації коли надаючи допомогу Ви самі будете постраждали і допомогу потрібно надавати вже двом. Тому допомогу потрібно надавати за наказом командира, який оцінить обстановку та організує прикриття рятувника.*

План дій з надання допомоги та винесення постраждалого (в разі неможливості самопомоги та самостійного виходу постраждалого з зони прямого вогню противника).



Рисунок 2.1 – Розподіл завдань: хто прикриває, порядок висування, хто надає допомогу

Перед висуванням спробуйте встановити контакт з постраждалим, визначити його стан та дати команду накласти собі турнікет (за необхідності) самотійно і переміститися в укриття (якщо дозволяє ситуація) чи відкрити вогонь у бік противника.

Якщо постраждалий не відповідає чи потребує допомоги іншої особи використовуйте правило “ЗД” (триох Д: доповідь, допомога (прикриття), дозвіл): повідомити безпосереднього командира (або старшого по званню) про наявність постраждалих та їх кількість; запросити допомогу – вогневу підтримку (прикриття) та допомогу інших військовослужбовців або молодшого медичного персоналу. Якщо постраждалий знаходиться на відстані, розпочинати комплекс дій з надання тактичної догоспітальної допомоги тільки після дозволу командира

Отримати інформацію щодо можливих сил і засобів, які можна задіяти, план дій та дозвіл на проведення порятунку постраждалого. Комунікувати з постраждалим та повідомити що рятівник (бійці підрозділу) рухаються в його бік (постраждалий може перебувати в стресовому стані і відкрити вогонь по бійцям підрозділу) та наказати постраждалому відкласти зброю. У випадку зміненої свідомості чи відсутності змоги встановити голосовий контакт завчасно з постраждалим (але візуально можна оцінити мінімальний рух постраждалого), при підході (підповзанні) потрібно роззброїти постраждалого (якщо постраждалий без свідомості).

Візуально оглянути на кровотечі та накласти турнікет при виявленні крові на речах чи обмундируванні (під вогнем - турнікет накладається максимально високо на ушкоджену кінцівку поверх одягу). Турнікет не накладається на ділянку суглобу, а також поверх заповнених кишень тактичного одягу, поверх кобури, підсумку тощо.

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

1.2.3. Ознаки масивної кровотечі

ВАЖЛИВО! *Основною причиною смерті в наслідок отримання бойової травми є масивна кровотеча.*

Масивна зовнішня кровотеча – це невідкладний стан, який супроводжується значним витіканням великого об’єму крові за короткий проміжок часу з ран (в т. ч. травматичних ампутацій) незалежно від механізму отримання травми.

Ознаки масивної зовнішньої кровотечі:

Калюжа крові, що швидко збільшується біля постраждалого

Інтенсивне просякання кров’ю одягу постраждалого або пов’язки в ділянці рани

Пульсуючий характер кровотечі і постійне витікання крові з рани
Повна або часткова травматична ампутація кінцівки
Інтенсивне просякання кров'ю пов'язки в ділянці рани

ВАЖЛИВО! *Можливі місця, де близько розташовані магістральні судини та які потребують додаткової уваги (щодо виявлення масивної кровотечі): шия, пахви, пах, статеві органи, внутрішня сторона кінцівок, підколінна ямка, ділянка щиколотки (ахіл).*



Рисунок 2.2 -Ознаки масивної кровотечі

1.2.4.Засіб для зупинки кровотечі механічний вороткового типу

Засіб для зупинки кровотечі механічний вороткового типу(далі турнікет) – тимчасовий метод першого вибору для зупинки масивної кровотечі, що загрожує життю на етапі Допомоги під вогнем.

Турнікет припиняє кровотік в кінцівці нижче місця накладання - це найкращий спосіб тимчасово зупинити масивну кровотечу.

Якщо у постраждалого масивна кровотеча з кінцівки на етапі Допомоги під вогнем, одразу накладайте турнікет. Забудьте про прямий тиск на рану, туге тампонування чи що-небудь інше.Застосовуйте турнікет без затримки, якщо є ознаки масивної кровотечі з кінцівки.

На етапі Допомоги під вогнем турнікет накладається максимально високо і туго та має бути відразу переоцінений (якщо дозволяє обстановка) на наступних етапах надання допомоги (провести оцінку чи потрібний турнікет

взагалі та замінити його на інші методи контролю кровотечі за відсутності протипоказань до цього).

ВАЖЛИВО! Турнікет – тимчасовий (вимушений) метод зупинки кровотеч з кінцівок та має бути одразу, переоцінений на наступних етапах надання допомоги. Непереоцінений турнікет в разі збільшує шанс залишити Вас чи побратима, у випадку поранення, без кінцівки, яку можна було врятувати.

Постраждалий і рятівник знаходяться у значній небезпеці під час накладання турнікета. Потрібно зважувати ризик додаткової травми постраждалого і особи, що надає допомогу, у порівнянні з уже наявною кровотечею постраждалого.

Турнікет на цьому етапі має бути накладено якнайшвидше, тому, за наявності одягу на постраждалому, не знімайте його. За можливості переконайтесь, що в кишенях немає нічого, - це підвищить ефективність накладання турнікета. 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 поранень, накладайте турнікет високо і туго, настільки високо, наскільки можливо, на руці чи нозі. Закручуйте турнікет максимально туго.



Рисунок 2.3 – Приклад не ефективно накладеного турнікета, а саме погано зроблений перший натяг турнікету

Турнікет повинен розміщуватися в зоні швидкого доступу, в однаковому місці у всіх бійців підрозділу.

Турнікет не повинен тривалий час піддаватися впливу зовнішнього середовища. Радимо носити турнікет в спеціальному підсумку.

У випадку взаємодопомоги, слід використовувати турнікет постраждалого. Надавати допомогу власним турнікетом не рекомендується.

Потрібно туго затягнути пряжку турнікета перед тим, як закручувати вороток.

Больові відчуття при накладанні турнікета є нормою. Біль не є критерієм оцінки ефективності турнікета чи підставою для зупинки маніпуляції чи знімання турнікета.

ВАЖЛИВО! *Заборонено ослаблювати турнікет для того, аби відновити кровотік в ураженій кінцівці. Ваші дії можуть вбити постраждалого. Крайній метод відновити кровотік в ураженій кінцівці – замінити його на інші методи контролю кровотечі.*

Для зупинки масивної кровотечі час накладання турнікета має бути не більше 1 хвилини. Якщо постраждалий у свідомості, ви можете наказати йому надати собі першу допомогу та накласти турнікет.

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

Найбільш універсальний спосіб складання турнікета наведено у Відеоматеріалі 2.1 та 2.2.

Якщо першого турнікета недостатньо для зупинки кровотечі, накладіть ще один турнікет одразу над першим. Турнікет не накладається на ділянку суглобу, за можливості уникайте накладання поверх заповнених кишень тактичного одягу, поверх кобури, підсумку, шевронів та інших сторонніх тіл.

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

ПАМ'ЯТАЙТЕ! *При виконанні бойового завдання уникайте носіння предметів в бокових кишенях (на рукавах) кітеля (фліски, куртки тощо.) та верхніх кишенях штанів. При потребі накласти турнікет це економить дорогоцінний час та дозволить ефективно накласти турнікет.*

Послідовність накладання турнікета на руку, самопомога:

перевірте кишені на пораненій кінцівці щодо відсутності предметів, які можуть перешкодити ефективному накладанню турнікета (зніміть патчі з липучки, якщо вони заважатимуть накладанню турнікета);

витягніть турнікет з підсумка або АМЗІ;

розгорніть турнікет так, щоб утворилася петля;

накладіть турнікет так, щоб поранена кінцівка опинилася всередині петлі турнікета та переконайтеся, що ремінь (стропа) турнікета не перекрутилася на кінцівці;

розмістіть турнікет максимально високо на пораненій кінцівці;

максимально сильно затягніть ремінь турнікета, не залишаючи просвіту - між ременем турнікета та кінцівкою не мають проходити пальці;

зафіксуйте ремінь стрічки на липучці навколо кінцівки до С-подібного фіксатора;

закручуйте вороток турнікета максимально туго (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 фіксуною стрічкою;

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

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

Послідовність накладання турнікета на ногу, самодопомога:

перевірте кишені на пораненій кінцівці щодо відсутності предметів, які можуть перешкодити ефективному накладанню турнікета;

вийміть турнікет з підсумка або з АМЗІ;

повністю розгорніть його;

оберніть турнікет навколо пораненої кінцівки розташовуючи його максимально високо на кінцівці;

проведіть кінчик ремня 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;

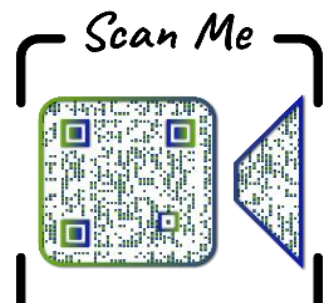
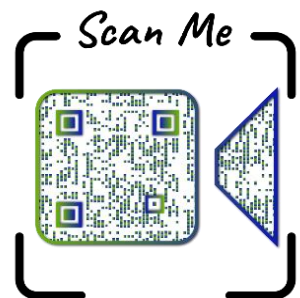
закручуйте вороток турнікета максимально туго (до тих пір, поки не зупиниться кровотеча).

зафіксуйте вороток за допомогою С-подібного фіксатора;

проведіть вільний кінець стрічки між скобами фіксатора;

закріпіть вороток та ремінь турнікета під фіксуною стрічкою;

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



Відеоматеріал 2.2:

[Накладання турнікету ТМТ на етапі під вогнем](#)

Рятівник комунікує з постраждалим прямою вказівкою: “Наклади собі турнікет!”

У разі, якщо постраждалий не може самостійно накласти собі турнікет, рятівник доповідає про ситуацію командирі підрозділу. Тільки після дозволу командира надати допомогу, рятівник може висуватися до постраждалого.



Рисунок 2.4 – Наближення до постраждалого зі зменшеним профілем

Послідовність накладання турнікета, взаємодопомога:

Наблизившись до постраждалого, рятівник розташовує себе та постраждалого так, аби сховати свій профіль за бронєю постраждалого, відносно до напрямку вогню противника (утворюючи букву “Т”);

дістає турнікет постраждалого;

проводить швидкий огляд постраждалого на наявність масивної кровотечі;

перевертає його так, щоб було зручніше надавати допомогу та ховатись за його бронєю;

підтягує поранену кінцівку якомога ближче до себе;

перевіряє кишені постраждалого на наявність сторонніх предметів;

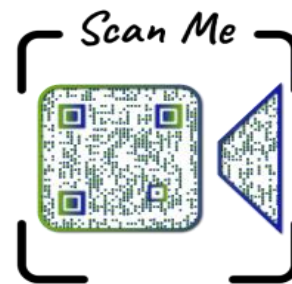
розкриває турнікет та накладає його максимально високо і туго;

рятівник фіксує час накладання турнікету та/або запам'ятовує час його накладання;

рятівник запитує дозвіл у командира підрозділу на переміщення постраждалого в укриття;

у разі отримання дозволу від командира, постраждалий переміщується в укриття;

рятівник переводить постраждалого в стабільне бокове положення в тому разі, якщо можливість переміщення в укриття відкладається і є небезпека, що постраждалий втратить свідомість.



Відеоматеріал 2.3:
[Допомога пораненому під вогнем противника](#)

1.2.5 Альтернативні методи тимчасової зупинки кровотечі

ВАЖЛИВО! Альтернативні методи тимчасової зупинки кровотечі використовуються при виникненні критичної ситуації, коли неможливо застосувати турнікет з АМЗІ через його відсутність або через анатомічне розташування рани.

1. Прямий тиск на рану

У разі необхідності доступним методом є безпосередній тиск на місце кровотечі. Для цього, за наявності, використовується стерильна марлева серветка, тканина або будь-який підручний матеріал. Прикладати тиск слід якомога швидше і не зменшувати його до прибуття допомоги.

2. Непрямий тиск на з'єднувальні (вузлові) ділянки тіла

При кровотечах з нижньої кінцівки тимчасову зупинку кровотечі можна здійснити за допомогою накладання додаткового тиснучого елемента в пахову складку, згинання кінцівки в кульшовому суглобі з подальшою фіксацією вагою тіла постраждалого до прибуття допомоги.

При кровотечах з верхньої кінцівки тимчасову зупинку кровотечі можна здійснити за допомогою притиснення плечової артерії до плечової кістки або використати додатковий тиснучий елемент в зону підпахви та фіксацією його тілом постраждалого до прибуття допомоги.

3. Використання імпровізованого турнікета

Щоб тимчасово зупинити кровотечута дочекатись можливості накласти турнікет з АМЗІ, імпровізований турнікет повинен відповідати наступним критеріям:

Міцний та нееластичний матеріал (ширина не менше 4 см)

Міцна закрутка (важіль) для створення достатнього тиску (пластик, дерево ламаються)

Надійна фіксація після затягування

Альтернативні методи зупинки кровотечі є необхідними у випадках, коли відсутні стандартні(табельні) засоби. Головне — діяти швидко та ефективно, використовуючи доступні ресурси, щоб мінімізувати крововтрату та врятувати життя потерпілого.

ВАЖЛИВО! Використання альтернативних методів тимчасової зупинки кровотечі являється вимушеною мірою та повинно бути замінено іншими табельними засобами за першої нагоди.

1.2.6. Переведення постраждалого без свідомості у положення на боці

Коли переміщення постраждалого із етапу Допомоги під вогнем неможливе або ж необхідно продовжити виконання бойового завдання — всі спроби його врятувати може нівелювати положення бійцягорілиць (лежачи на

спині обличчям до неба). Непрохідність дихальних шляхів – є наступною після масивної кровотечі причиною смерті на полі бою яку можна попередити.

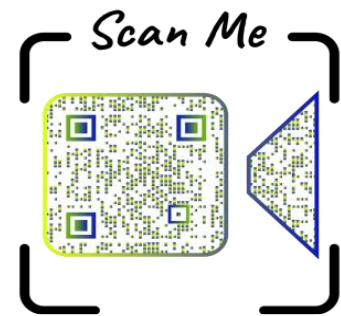
Якщо постраждалий в свідомості і розмовляє з вами - це означає, що його дихальні шляхи прохідні.

Якщо постраждалий перебуває без свідомості або має ризик втрати свідомості, його дихальні шляхи можуть мати ознаки непрохідності (обструкції) тобто: відсутність дихання, хрипіння, булькання, звуки схожі на хрипіння або ледь помітне дихання. Блокування дихальних шляхів може відбутися внаслідок наявності в них: сторонніх тіл, зламаних зубів, блювотиння, а також опіків чи набряків тканин.

Також у постраждалого без свідомості, внаслідок втрати м'язового тонуусу слід запідозрити западання кореня язика –це може призвести до того, що він заблокує дихальні шляхи.

Для забезпечення прохідності дихальних шляхів у постраждалого без свідомості або того, хто має ризик втратити свідомість – варто застосувати метод переведення постраждалого у положення на боці. В положенні на боці ризик захлинутися блювотними масами чи кров'ю є значно меншим, в порівнянні з положенням постраждалого горілиць (лежачи на спині й обличчям до неба).

В разі потреби й за відсутності масивної кровотечі, зважаючи на тактичну ситуацію, постраждалого можна залишити в положенні на боці, оскільки це дасть йому змогудочекатися наступної евакуації.



Відеоматеріали 2.4:
[Стабільно бокове положення](#)

1.2.7. Методи переміщення постраждалого в укриття наодинці чи в складі групи з використанням додаткового обладнання та без

Переміщення постраждалого в зону непрямої загрози (етап Допомоги в тактичному укритті) є важливою складовою в системі заходів з надання тактичної догоспітальної 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 команд.

Розробка плану порятунку постраждалого на етапі Допомоги під вогнем має бути на першому місці, навіть коли постраждалому вкрай необхідне надання допомоги.

Після отримання дозволу від командира на здійснення переміщення постраждалих із зони обстрілу в зону тактичного укриття необхідно визначити кількість рятівників та кількість бійців з групи вогневого прикриття. Заздалегідь спланувати шляхи підходу та відходу, визначити найбільш небезпечні напрямки. Запланувати та розподілити між евакуаційною групою

місця в зоні обстрілу, які можна використати, як тимчасовий захист при зміні тактичної ситуації. Перевірити особисту зброю, засоби індивідуального захисту та необхідне додаткове спорядження у всіх членів евакуаційної групи. Нагадати всім бійцям евакуаційної групи способи підтримання зв'язку та порядок роботи в зоні ураження (прямої загрози).

Слід намагатись встановити голосовий контакт з постраждалим щоб:
 ідентифікувати себе як побратима;
 психологічно підтримати та заспокоїти його;
 уточнити чи є поранення (кров);
 дати вказівку надати собі самодопомогу (зупинити зовнішню масивну кровотечу доступними методами);
 скерувати його до самостійного переміщення в тактичне укриття.

У випадку коли постраждалий безпомічний, та на допомогу йому висунулась евакуаційна група - 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 переміщення постраждалого.

ВАЖЛИВО! *Все планування щодо переміщення постраждалого проводиться згідно з стандартними операційними процедурами Вашого підрозділу.*

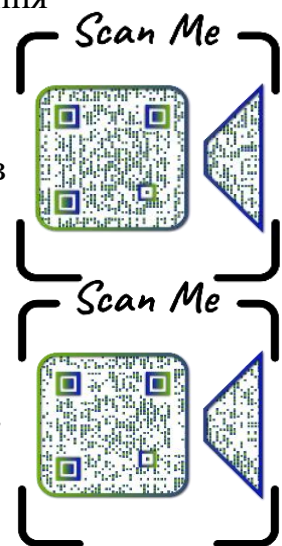
Перенесення та перетягування постраждалих дозволяють рятівникам зробити це максимально швидко, не завдаючи ще більшої шкоди постраждалим (якщо можливо). Слід зазначити, що на даному етапі надання допомоги тактичні умови не дозволяють зосередитися на заходах попередження травм хребта під час переміщення постраждалого.

Залежно від рівня свідомості постраждалого, 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.

ПАМ'ЯТАЙТЕ! *Вибір методу переміщення буде залежати від тактичних умов, ступеня загрози рятівникам, кількості рятівників та злагодженості їх дій.*

Перетягування постраждалого за допомогою елементів спорядження чи руками

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



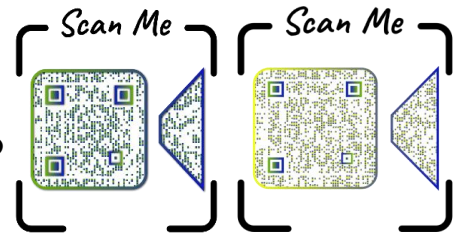
Відеоматеріали 2.5, 2.6:
[Методи перетягування за броне захист одноосібно та вдвох.](#)
[Перетягування постраждалого однією особою двома руками з захопленням підпахвами.](#)

постраждалого в інший спосіб. Під час транспортування як рятівник, так і потерпілий можуть зазнати додаткових поранень. Завжди пам'ятайте про безпеку.

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

Опустіться на коліна за головою постраждалого, який лежить на спині. Посадіть постраждалого, ховаючись за ним. Ліву руку проведіть під лівою пахвою постраждалого. Захопіть лівою рукою ліве передпліччя постраждалого в верхній третині (біля ліктьового суглобу). Праву руку проведіть під правою пахвою постраждалого. Захопіть правою рукою хватом зверху ліве передпліччя постраждалого в нижній третині (ділянка кистьового суглобу, або місце носіння годинника).

Підніміться з постраждалим на напівзігнутих ногах. Ноги постраждалого торкаються землі тільки п'ятами. Проведіть евакуацію постраждалого рухаючись спиною вперед. При пораненні лівої руки захват здійснюється за праву руку в дзеркальному відображенні.



Відеоматеріали 2.5, 2.6:

[Методи перетягування за броне захист вдвох](#)

[Перетягування постраждалого однією особою двома руками з захопленням підпахвами.](#)

Заняття 2. Симуляційне відпрацювання надання допомоги постраждалим на етапі Допомоги під вогнем, в тому числі в умовах застосування противником ударних БпЛА (до 20 хв теорія та 25 хв практично).

Умови:

симуляція;

ситуативно-пізнавальний;

на довільних ділянках місцевості (лісиста зона, зруйновані будівлі, фортифікаційні споруди тощо).

Головні наративи:

“Кожен козак – сам собі отаман: якщо поранений може, хай накладе турнікет сам. А як ні – тоді побратим має стати йому за праву руку!”

“Не бійся використовувати турнікет при пораненні, але пам’ятай – турнікет це тимчасовий метод надання допомоги!”

Методичні рекомендації:

Заняття проводиться у складі навчальної групи (відділення).

У ході проведення симуляційного заняття для наближення навчання до реальних бойових умов необхідно використовувати засоби імітації (холості набойі, вибухові пакети, дими, портативні акустичні системи, генератори диму тощо), військовий транспорт, набори для імітації травм, грим, імітацію крові тощо.

Співвідношення кількості інструкторів до кількості курсантів під час проведення симуляційних занять має становити не більше ніж 1 до 6.

Особи, які навчаються, повинні мати індивідуальну зброю та комплект засобів індивідуального захисту (шолом захисний, бронежилет тощо).

Під час симуляційного заняття навчальна група повинна відпрацювати всі практичні навички, здобуті під час занять з Теми 2, у комплексі. На початку заняття керівник заняття (інструктор) доводить особовому складу попереднє бойове завдання (тактичну обстановку), в ході якої буде відпрацьовуватись симуляція.

Психологічне навантаження досягається шляхом створення напруженої обстановки навколо військовослужбовця в процесі виконання вправ (відтворення вибухів, звуків пострілів за допомогою акустичної апаратури (імітаційних засобів), створення задимлень, імітацією застосування ударних БпЛА противника).

УВАГА!*У всіх випадках, під час евакуації пораненого з поля бою, керівник заняття тренує особовий склад питаннями прикриття військовослужбовців (того, що надає допомогу та того, кому надається допомога).*

Для реалістичності, призначається імітаційна група, яка імітує дії противника та його ударних БпЛА.

В кінці заняття проводиться дебрифінг.

У результаті заняття військовослужбовці повинні отримати базові знання та навички щодо комплексних дій для надання тактичної догоспітальної допомоги на етапі Допомоги під вогнем.

3.Надання допомоги постраждалим на етапі Допомоги в тактичному укритті

3.1.Основні правила безпеки при роботі на етапі Допомоги в тактичному укритті

ВАЖЛИВО!*На цьому етапі надання тактичної догоспітальної допомоги здійснюється в тактичному укритті, тобто в наявному пристосованому або непристосованому укритті, що створює певний захист від прямого впливу наявних засобів ураження противника та дозволяє уникати додаткових поранень/травм.*

Цей етап надання допомоги відрізняється від попереднього тим, що допомога постраждалим надається, коли безпосередньої загрози життю тому хто надає допомогу немає. Отже, загрози мають бути усунуті, а місце надання допомоги повинно бути відносно безпечним.

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

Для надання допомоги в тактичному укритті слід виконати певні стандартні операційні процедури:

Забезпечити маскування та охорону периметру:

підрозділ завжди має контролювати тактичну ситуацію щоб убезпечити від додаткових втрат;

ті хто надають допомогу, повинні бути готові швидко перемістити постраждалих у разі виникнення такої необхідності.

Роззброїти постраждалих та контролювати їх засоби зв'язку:

якщо це не було зроблено на попередніх етапах, та контролювати їхні засоби зв'язку:

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

контроль засобів зв'язку необхідний задля безпеки всього підрозділу;

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

Провести сортування (тріаж) постраждалих за потреби:

у першу чергу слід надавати допомогу постраждалим з масивними кровотечами.

Забезпечити біологічну безпеку тих, хто надає допомогу – використовувати рукавички задля уникнення передачі інфекційних захворювань при контакті з кров'ю постраждалого.

Важлива роль належить комунікації:

спілкуйтеся з постраждалим, заспокоюйте, підбадьорюйте його, пояснюйте кожну дію з надання допомоги;

комунікуйте з медиками та іншими рятівниками щодо стану постраждалого, переміщення та обсяг наданої допомоги;

повідомте командування про наявність у підрозділі постраждалих та про необхідність їхньої евакуації.

3.2.Пріоритетність надання допомоги за наявності декількох постраждалих

Під час переміщення постраждалих між етапами надання тактичної догоспітальної допомоги використовується принцип сортування для визначення пріоритетності надання допомоги постраждалим відповідно до їх поранень/травм.

Найперше сортування називається “просіювання”, яке відбувається при першому контакті постраждалого з рятівником на етапі Допомоги в тактичному укритті. Метою цього сортування є виявлення постраждалих, що потребують негайної допомоги та в подальшому будуть мати пріоритет в евакуації. Це визначається за допомогою огляду постраждалих за алгоритмом MARCH, а саме, враховуючи перші дві літери “М” (масивні кровотечі) і “А” (прохідність дихальних шляхів) виділяють термінових та відкладених постраждалих. Під час “просіювання” виділяються ще додатково дві категорії “Безнадійні” (або померлі) та окремолегкі постраждалі(які можуть допомагати при роботі з іншими пораненими).

За потребою у наданні допомоги серед постраждалих виділяють чотири категорії:

Термінові –“червоні” (масивні кровотечі,що загрожують життю; ушкодження ший або тазу з ознаками шоку; не зупинена кровотеча; загроза втрати кінцівки; численні ампутації кінцівок; порушення прохідності дихальних шляхів; напружений пневмоторакс тощо);

Відкладені –“жовті” (ушкодження м'яких тканин без масивної кровотечі; поранення/травми обличчя без порушення прохідності дихальних шляхів; травми тулубу без ознак шоку; переломи тощо);

Легкі – “зелені” (відносно нескладні ушкодження: поранення м'яких тканин, порізи, переломималих кісток,незначні опіки тощо);

“Безнадійні”або померлі –“чорні” (особи без свідомості і ознак життя незалежно від механізму ушкодження; травми голови зі значним оголенням тканин мозку).

При виявленні постраждалих з боєприпасами, що не вибухнули в їх тілі, їх ізолюють та надають допомогу після їх розмінування саперною групою.

Цивільні отримують допомогу після надання допомоги своїм військовослужбовцям.

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

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

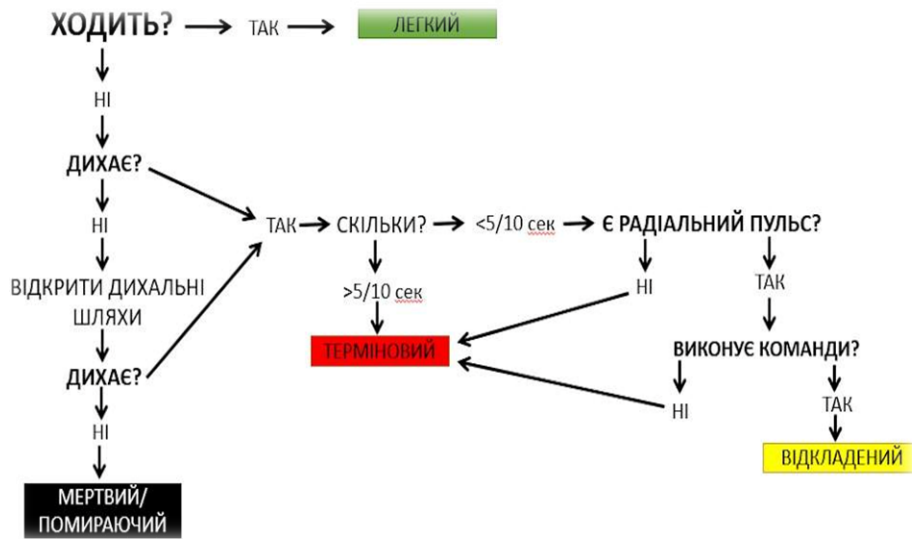


Рисунок 3.1 – Приклад проведення первинного сортування

3.3.Алгоритм проведення огляду за MARCH

Алгоритм MARCH – це чітко визначена за пріоритетом виконання послідовність дій, спрямована на усунення станів (ускладнень поранень або травм), що безпосередньо загрожують життю постраждалого з подальшою підготовкою до евакуації.

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

M (Massivebleeding – масивна кровотеча): виявлення та зупинка зовнішньої масивної кровотечі (самодопомога або взаємодопомога); початок первинного огляду.

A (Airway – дихальні шляхи): оцінка стану свідомості через комунікацію з постраждалим; виявлення непрохідності дихальних шляхів та надання відповідної тактичної догоспітальної допомоги; продовження первинного огляду.

R (Respiration - дихання): повторна оцінка стану свідомості; виявлення порушень дихання та надання відповідної допомоги при проникаючій або тупій травмі грудної клітки (герметизація та розгерметизація грудної клітки за необхідності)

C(Circulation - кровообіг): повторна оцінка стану свідомості; оцінка ефективності методів зупинки кровотеч; оцінка кровообігу//шоку; запобігання розвитку стану шоку; за доцільності проведення конверсії або «переміщення» турнікетів; повторний огляд на виявлення інших поранень/травм.

H (Hypothermia /Headinjury – гіпотермія/травми голови): повторна оцінка стану свідомості; допомога при травмах очей; допомога при підозрі на травму голови, шиї; переоцінка стану постраждалого згідно алгоритму MARCH; запобігання переохолодженню (гіпотермії).

Послідовність MARCH побудована згідно пріоритетності поранень/травм, 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 необхідність надання тактичної догоспітальної допомоги, призупиніть оцінювання, щоб завершити надання допомоги, а потім відновіть огляд із того місця, де ви зупинилися. Обов'язковим є повторний швидкий огляд і переоцінювання наданої допомоги, якщо надання допомоги було припинено через тактичні обставини.

MARCH – це не тільки акронім алгоритму, це пріоритетність у наданні допомоги, причому М – завжди найбільш важлива літера. Якщо в будь-який момент виникає неконтрольована масивна кровотеча, повертайтеся на літеру М.

3.4.Огляд постраждалого для виявлення масивних кровотеч

Перший крок при наданні допомоги в тактичному укритті полягає у виявленні нерозпізнаної загрозливої для життя масивної кровотечі та її зупинці будь-яким методом (з усіх можливих джерел). За наявності у постраждалого незупиненої масивної кровотечі слід зробити все задля її негайної зупинки.

Якщо у постраждалого є очевидні ознаки активної масивної кровотечі, слід почати саме з них. Необхідно зрізати або зняти одяг та взуття з постраждалого, щоб побачити безпосередньо саме поранення, після чого вжити заходів задля зупинки кровотечі.

Далі необхідно перевірити всі попередньо застосовані засоби зупинки кровотеч.

Ознакою ефективно накладеного турнікета є відсутність кровотечі та пульсу на кінцівці нижче ділянки накладання турнікета. Детально перевірка буде описана нижче.

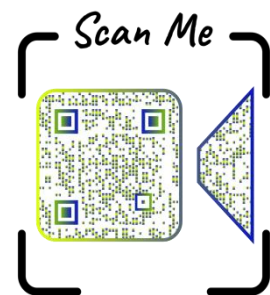
Будь-які накладені на попередніх етапах пов'язки не мають просочуватися кров'ю.

Дії у випадку виявлення неефективних засобів контролю масивних кровотеч описані в пунктах 3.6-3.8.

Наступним етапом перевірки буде детальний огляд: необхідно перевірити тіло постраждалого, щільними рухами долонь охоплюючи ділянки тіла. Мета – виявити масивні кровотечі, «вичавивши» кров з шарів одягу.

Порядок перевірки: шия, окремо обидві ділянки під пахвами, окремо пахові ділянки, по чергово для кожної ноги: стегно, гомілка, взуття; по чергово для кожної руки: плече, передпліччя, долоня.

У випадку виявлення ознак масивної кровотечі – негайно зупиняємо її. Після зупинки кровотечі пошук необхідно продовжити на неперевірених ділянках.



Відеоматеріал 3.1:
[Огляд постраждалого на наявність масивних кровотеч](#) Відеоматеріал

3.5. Метод тимчасової зупинки кровотечі за допомогою прямого та непрямого тиску

Прямий тиск на рану

До здійснення втручання (зокрема, до накладання турнікета) як тимчасовий метод зупинки кровотечі може застосовувати початковий прямий тиск на місце кровотечі (рану) (рисунок 3.2)

Тиск виконується безпосередньо на місце кровотечі. Тиск дозволено виконувати кулаком чи основою долоні. Не притискаються живіт, грудина, голова якщо порушені цілісність кісток черепа. Тиск виконується в напрямку до кістки. Тиск виконується до моменту забезпечення більш надійного методу зупинки кровотечі.



Рисунок 3.2 – Початковий прямий тиск на рану

3.6. Алгоритм роботи з турнікетом на етапі Допомоги в тактичному укритті

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

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 3.3).

Після накладання турнікета обов'язково слід перевірити його ефективність:

переконатись, що кровотеча з поранення припинилася;

перевірити пульс нижче поранення (ближче до кисті/стопи) на руці чи на нозі, щоб переконатися у відсутності пульсу (рисунок 3.4).

Турнікет припиняє кровопостачання до частини кінцівки, яка знаходиться нижче місця накладання. Це – найкращий метод зупинки кровотечі з руки або

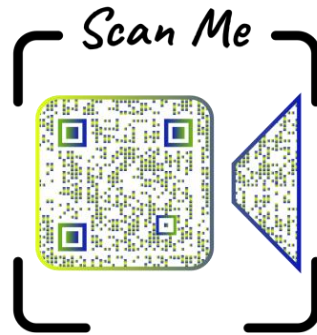
ноги. Больові відчуття при накладанні турнікета є нормою. Біль не є критерієм оцінки ефективності турнікета чи підставою для зупинки маніпуляції чи знімання турнікета.

Ефективність турнікетів, що були накладені на етапі надання Допомоги під вогнем, повинна бути переоцінена на етапі Допомоги в тактичному укритті.

Переконайтесь в тому, що на всіх накладених турнікетах зазначений час накладання.



Рисунок 3.3 – Накладання другого турнікета поруч з першим у разі його неефективності



Відеоматеріал 3.2:
[Перевірка ефективності турнікета](#)



Рисунок 3.4 – Перевірка дистального пульсу на нозі після накладання турнікета



Рисунок 3.5 – Запишіть час накладання турнікету

Ефективно накладений турнікет вважається повністю безпечним при накладанні до 2 годин.

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

3.7. Гемостатичні бинти. Зупинка кровотечі методом тампонування з фіксацією

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.

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 3.6).



Рисунок 3.6 – 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 необхідно використовувати у поєднанні з тиснутою пов'язкою, або з іншим елементом, що забезпечує тиск.

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.

До тампонування дозволені:

Поранення вузлових ділянок тіла, де неможливо застосувати турнікет для кінцівок (рисунок 3.7), а саме:

- основа шиї (1);
- ділянки пахвами (2);
- пах (3);
- промежина (4);
- сідниці (5).

Рани кінцівок, якщо закінчилися турнікети, достатньо часу та дозволяє тактична ситуація.

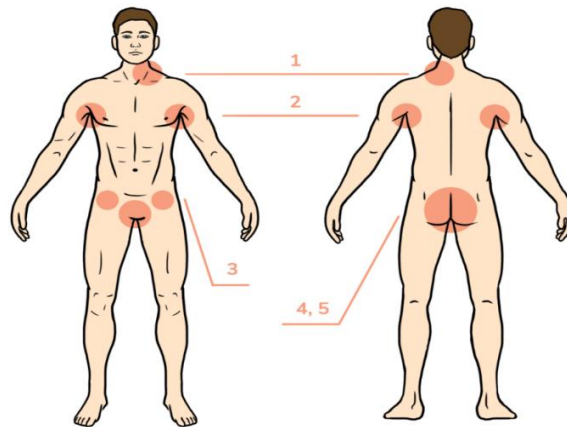


Рисунок 3.7. – Розташування основних вузлових зон на тілі людини

Порядок тампонування поранення:

розріжте одяг постраждалого біля місця кровотечі;

застосуйте прямий тиск, як тимчасовий засіб зупинки кровотечі, допоки рана не буде затампонована. Якщо при швидкому огляді рани одразу помітне місце активної кровотечі, можна затиснути його пальцями. За неможливості одразу ідентифікувати джерело кровотечі, застосуйте прямий тиск на рану усією площею долоні чи кулаком.

дістаньте і відкрийте упаковку з гемостатичним бинтом;

створіть із матеріалу кульку діаметром 1-2 см;

введіть кульку в рану. Якщо вдалося визначити джерело активної кровотечі, - спрямуйте тиск кульки туди. Якщо не вдалося, - спрямуйте кульку вглиб поранення.

виконайте тампонування рани, зберігаючи постійний тиск на джерело кровотечі (рисунок 3.8);

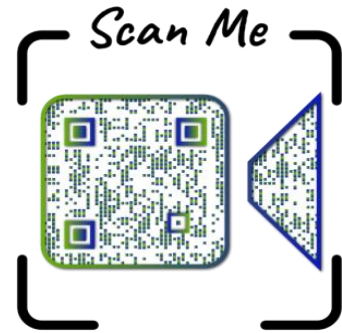
переконайтеся, що матеріал для тампонування досягає дна рани та щільно заповнює весь об'єм раньового каналу. Це потрібно для забезпечення тиску, необхідного для зупинки кровотечі. У разі необхідності, використовуйте додатковий матеріал для тампонування.



Рисунок 3.8 – Тампонування рани зі збереженням прямого тиску

Після того, як порожнина рани буде щільно заповнена матеріалом для тампонування, створіть додатковий шар тампонувального матеріалу висотою 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. (рисунок 3.9).



Відеоматеріал 3.4:
[Виконання тампонування](#)
[в паховій зоні](#)



Рисунок 3.9– Здійснення прямого тиску після тампонування рани

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 перетампонувати(або дотампонувати) рану новим бинтом, заповнюючи всі пропущені раніше порожнини.

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

3.8. Накладання тиснучої пов'язки (у тому числі на шию, пахву, пах)

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

Підготуйте стерильну подушку пов'язки та розташуйте її безпосередньо над кровоспинним бинтом або відкритою раною (рисунок 3.10).



Рисунок 3.10 – Початковий етап накладання тиснучої пов'язки

Обмотайте биндаж навколо пораненої кінцівки. Якщо є пластиковий елемент для тиску, проведіть биндаж крізь нього (рисунок 3.11). Не забувайте під час накладання пов'язки утримувати тиск на рану.



Рисунок 3.11 – Використання пластикового елемента для тиску під час накладання пов'язки

Після проведення биндажу крізь елемент для тиску змініть напрямок обмотування биндажу на протилежний (рисунок 3.12) задля забезпечення додаткового тиску.



Рисунок 3.12 – Використання елемента для тиску під час накладання пов'язки

Накладати тиснучу пов'язку слід роблячи короткі натягування: натяг бандажа має лягати над матеріалом для тампонування, над неушкодженою частиною кінцівки натяг мінімальний.

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

Продовжуйте накладання бандажа. Мета – закрити краї подушки пов'язки, після чого сконцентрувати тиск над тампонувальним матеріалом.



Рисунок 3.13– Завершення накладання тиснучої пов'язки

Коли вся довжина бандажа використана, закріпіть краї фіксатора за один з обертів пов'язки (Рисунок 3.13).

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) (рисунок 3.14).



Рисунок 3.14 – перевірка пульсу дистальніше (нижче) пов'язки

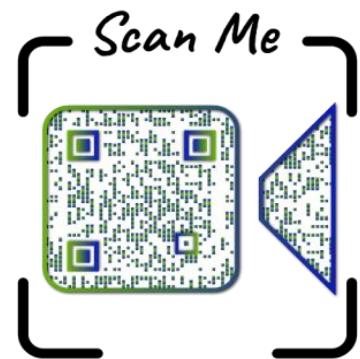
Оцініть ефективність накладеної пов'язки, перевіривши пульс на кінцівці, температуру, колір шкіри та, якщо постраждалий в свідомості, запитайте його про оміління кінцівки. Ці ознаки свідчать про надмірний тиск тиснучої пов'язки., в такому випадку ослабте та повторно накладіть пов'язку.

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

ВАЖЛИВО! Фіксація тампонування в ділянці шиї, під піхвами та паху вимагає максимальної уваги, ретельності та постійного переогляду. Найкраще, що ви можете зробити, - утримуючи тиск на рану після тампонування, залучити старший медичний персонал до виконання цих перев'язок.

ВАЖЛИВО! Всі накладені турнікети, тампонування та тиснучі пов'язки повинні постійно переоцінюватися: протягом кожного переогляду на етапі Допомоги в тактичному укритті чи Евакуації, а також після кожного переміщення постраждалого!

Ознаки неправильно накладеної тиснучої пов'язки на кінцівку:
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).



Відеоматеріал 3.5:
[Фіксація тампонади в паховій зоні](#)

3.9. Оцінка та забезпечення прохідності дихальних шляхів у постраждалих

Якщо постраждалий в свідомості і розмовляє з вами, це означає, що його дихальні шляхи прохідні.

Якщо постраждалий не здатен підтримувати розмову, є ймовірність, що є блокування прохідності дихальних шляхів – щось перешкоджає проході повітря до легень.

Варто підозрювати блокування прохідності дихальних шляхів якщо:

Тяжка травма обличчя;

Наявність крові або сторонніх тіл у дихальних шляхах;

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

постраждалий видає звуки на кшталт хрипіння, хрипіння або булькання.

Якщо постраждалий не розмовляє чи за наявності якоїсь з ознак непрохідності дихальних шляхів необхідно обов'язково оглянути ротову порожнину на предмет сторонніх тіл чи рідин та очистити її.

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

Детальніше розглянемо порядок дій:

У свідомості

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

Без свідомості

Якщо постраждалий без свідомості, необхідно перевірити його ротову порожнину на наявність сторонніх тіл чи рідин та очистити її

3.10. Прийоми мануального відновлення прохідності дихальних шляхів

Для мануального відновлення прохідності дихальних шляхів слід виконати наступні дії:

Рятівник, розміщується за головою постраждалого. Рятувальник стає навколішки збоку від голови пораненого.

Відкрийте рот постраждалого та огляньте його. Рот слід відкривати, створюючи легкий тиск великими пальцями на нижню щелепу постраждалого (рисунок 3.16).



Рисунок 3.16 – Розгинання голови та виведення підборіддя постраждалого

Якщо ви бачите в дихальних шляхах постраждалого стороннє тіло, ви можете зробити спробу видалити його:

твердий предмет (вибиті зуби, жувальну гумку тощо) обережно витягніть пальцями щипковим рухом. Не вводьте пальці до рота постраждалого наосліп, намагаючись знайти сторонній предмет: це може викликати блювання постраждалого, яке точно спричинить обструкцію.

рідина (кров, блювота тощо) - обережно, притримуючи голову, переверніть голову постраждалого на бік та «вигрібаючим» рухом пальців звільніть ротову порожнину від сторонніх рідин. Рятувальник стає навколішки збоку від голови пораненого.

Постраждалому без свідомості, що лежить на спині, загрожує перекриття дихальних шляхів розслабленим язиком – так зване западання кореня язика.

Язик постраждалого, 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 доступ повітря до легень;

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

Після перевірки та звільнення ротової порожнини постраждалого від сторонніх тіл, для відновлення прохідності дихальних шляхів слід виконати маневр розгинання голови та виведення підборіддя. Цей маневр застосовується за відсутності підозри на травму шиї.

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

Станьте на коліна збоку від постраждалого на рівні його плечей.

Покладіть одну руку на чоло постраждалого та натисніть долонею, виконуючи акуратне розгинання голови.

Розмістіть кінчики пальців іншої руки під підборіддям (кінцевісткової частини нижньої щелепи) пораненого (великий палець зверху) і виведіть підборіддя вперед.

Підніміть підборіддя вгору. Рот не повинен бути закритим, оскільки це може заважати диханню, якщо носові ходи заблоковані або травмовані.

Щоб утримати рот відкритим, великим пальцем можна злегка притиснути нижню губу пораненого.

УВАГА! *Не виводьте нижню щелепу великим пальцем. Не натискайте пальцями глибоко на м'які тканини під підборіддям, оскільки це може перекрити дихальні шляхи пораненого.*

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

Якщо є підозра на травму шийного відділу хребта, необхідно виконати наступні дії:

Станьте на коліна за головою пораненого.

Спираючись ліктями на підлогу, розташуйте долоні своїх рук з боків від нижньої щелепи пораненого біля кутів щелепи, пальці трохи нижче за вуха пораненого.

Передпліччями стабілізуйте голову пораненого. Не допускайте поворотів та нахилів голови.

Вказівними пальцями підніміть нижню щелепу вгору, той час як великими пальцями виведіть підборіддя вперед. Якщо після виведення щелепи вперед губи пораненого все ще закриті, великими пальцями відтягніть нижню губу пораненого і, таким чином, дозвольте повітрю потрапити в його ротову порожнину.

Підтримуйте дихальні шляхи постраждалого відкритими, уникаючи будь-яких рухів головою постраждалого. Не змінюючи позицію рук, обережно наблизьте своє вухо до рота постраждалого, щоб виконати перевірку дихання за методкою «чую-бачу-відчуваю».

3.11. Методика “чую-бачу-відчуваю” для перевірки та оцінки ефективності дихання

Оцініть наявність дихання, використовуючи методику “чую-бачу-відчуваю”:

Підрахунок частоти та глибини дихання необхідний для того, щоб вчасно виявити ознаки дихальної недостатності у постраждалого.

Скористайтесь методикою “чую-бачу-відчуваю” (рисунок 3.15):

нахиліться вухом до носа і рота постраждалого;

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

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

рахуйте кількість дихальних рухів (підрахунок ведеться за видохами) протягом 15 секунд;

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

Нормальна частота дихання у людини складає 12 – 20 дихальних рухів за хвилину. Якщо постраждалий, якому ви надаєте допомогу, дихає частіше або рідше за ці показники, можна запідозрити у постраждалого дихальну недостатність.



Рисунок 3.15– Оцінка дихання методом “чую-бачу-відчуваю”

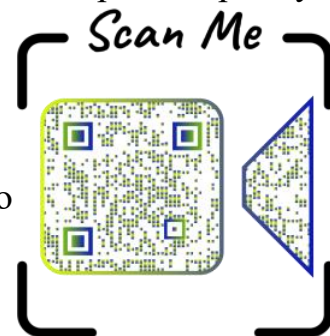
3.12. Переведення постраждалого в стабільне бокове положення

Усім непритомним постраждалим, в яких немає підозри на травму шиї, тазу чи хребта, потрібно надати **стабільне бокове положення**:

1. Обережно покладіть постраждалого на спину, не завдаючи додаткових пошкоджень.

2. Ближчу до себе руку постраждалого розташуйте під прямим кутом до тіла, зігнуту в лікті, долонею догори.

3. Візьміть другу руку постраждалого та притуліть тильною стороною кисті до протилежної щіки. (рисунок 3.17)



Відеоматеріал 3.5:

[Переведення постраждалого в стабільно бокове положення.](#)

4. Одною рукою тримайте лікоть постраждалого, а іншою підтягніть його коліно догори щоб зігнути ногу та поставити стопу на підлогу.

5. Маючи два важелі (коліно та лікоть) обережно підтягніть їх на себе, щоб постраждалий перевернувся на бік обличчям до вас. (рисунок 3.18)

6. Посуньте зігнуту ногу постраждалого вперед, щоб вона лягла на підлогу, тим самим додавши стабілізацію положенню на боці.

7. Перевірте чи голова постраждалого не запрокинулась назад, якщо це сталося – обережно припідніміть та нахиліть голову постраждалого вперед, зафіксувавши її положення та перевірте, що постраждалий в цьому положенні вільно дихає.



Рисунок 3.17 – Підготовка до переведення постраждалого в стабільне бокове положення



Рисунок 3.18 – Підведення коліна постраждалого вгору

3.13. Особливості постановки назофарингеального повітропроводу

Назофарингеальний повітровід використовується:

1. якщо постраждалий без свідомості;
2. в свідомості, але має загрозу перекриття дихальних шляхів та/або втратити свідомість;
3. якщо постраждалий видає звуки нахталт хрипіння, хропіння або булькання

ВАЖЛИВО! Не можна використовувати назофарингеальний повітровід: якщо у постраждалого є травма носа чи ознаки опіку обличчя;

якщо є виділення крові та/або ліквору (прозорої рідини) з носової порожнини та/або вух;

якщо наявні такі крововиливи: синці за вухами; синці навколо очей (симптом “очей єнота” або “окулярів”); Ці симптоми можуть вказувати на перелом основи черепа.

Перш ніж вводити повітровід, переконайтесь, що постраждалий лежить на спині обличчям догори.

Визначте відповідність розміру трубки. Для вибору потрібного розміру назофарингеального повітропроводу потрібно визначити у постраждалого відстань від кінчика носу до мочки вуха. Також переконайтесь, що діаметр повітропроводу не занадто великий для розміру ніздрів постраждалого.

Змастіть повітропровід гелем (лубрикантом) або водою.



Рисунок 3.19 – Визначення відповідності розміру трубки

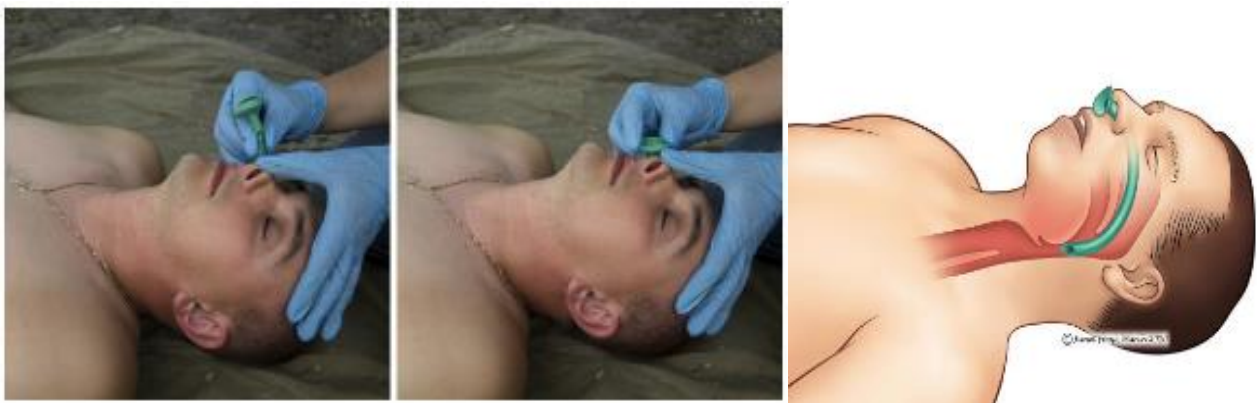
Техніка введення назофарингеального повітроводу:

1. розкрийте носовий отвір постраждалого утворивши “свинячий п’ятачок”;
2. зазвичай для першої спроби використовують праву ніздрю;
3. вставте кінчик повітроводу у ніздрю зрізаним кутом до носової перегородки (перегородки у носі, що розділяє ніздрі), відповідно скіс (загострений кінець) буде прилягати до ніздрі;
4. встановіть вісь повітроводу перпендикулярно обличчю, вводьте далі повітровід у ніс увігнутою стороною до твердого піднебіння;
5. обережно просовуйте назофарингеальний повітровід, поки фланець не притиснеться до ніздрі постраждалого. Ніколи не прикладайте зусилля, водячи повітровід, натомість спробуйте обережно обертати повітровід на 10-130 градусів. Якщо повітровід неможливо ввести у праву ніздрю, спробуйте ввести у ліву ніздрю.
6. оцініть дихання постраждалого після відновлення повітроводу, використовуючи методику «чую-бачу-відчуваю»
7. зафіксуйте повітровід за допомогою шматочка липкої стрічки або бинта;
8. укладіть постраждалого в стабільне положення.

Якщо немає пошкодження правої ніздрі, почніть ставити назофарингеальний повітровід саме у неї. Можна робити лише 2 спроби, якщо не виходить, зробіть ще 2 спроби у ліву ніздрю. За умови неможливості постановки назофарингеального повітроводу, спроби потрібно припинити.



а



б

Рисунок 3.19А – Техніка введення назофарингеального повітроводу

Ніколи не прошовхуйте повітровід з силою у ніс постраждалого. Якщо відчуваєте опір, витягніть повітровід і спробуйте ввести його в іншу ніздрю. Якщо не вдається ввести повітровід ні в одну ніздрю, укладіть постраждалого в стабільно бокове положення або забезпечте постійне виведення щелепи.

3.14. Ознаки порушення дихання та дихальної недостатності.

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

Знімайте бронежилет обережно, захищаючи обличчя постраждалого від можливих пошкоджень передньою плитою бронежилета.

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

Ознаки дихальної недостатності:

утруднене дихання (у тому числі неможливість глибокого вдоху постраждалим в свідомості);

дихання постраждалого занадто слабе, щоб бути ефективним (дихання менше 2 рази за 10 секунд);

прискорене дихання (більше 5 разів за 10 секунд).

Окрім поранень грудної клітки, ознаки дихальної недостатності також можуть бути викликані дією диму або токсичних газів. Критично важливо повідомити медика про наявність у постраждалого ознак дихальної недостатності.

3.15. Порядок огляду грудної клітки.

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 постраждалого:

проникне поранення, зокрема, вогнепальне або осколкове (рисунок 3.20);

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 3.20 А). 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 відчути на дотик).



Рисунок 3.20 – Проникне поранення грудної клітки



Рисунок 3.20А – 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 підпахвами.

На грудній клітці можуть траплятися поранення порівняно невеликого розміру, тому при обстеженні потрібно використовувати “розтягуючі” рухи (рисунок 3.21). Необхідно розтягнути та перевірити всі складки шкіри у постраждалого, в тому числі у жінок – ділянки під молочними залозами.



Рисунок 3.21 – “Розтягуючі рухи”, що використовуються для обстеження грудної клітки

Не забувайте перевірити ділянки під пахвами!

Не намагайтесь затампонувати це поранення гемостатичним або іншим перев'язувальним матеріалом. Ваша ціль – знайти поранення, розпізнати, в разі наявності, ознаки дихальної недостатності в постраждалого і закрити герметичною наліпкою.

3.16. Надання допомоги постраждалому при пневмотораксі та інших травмах грудної клітки.

Легені розташовані у грудній клітці. Кожна з них оточена плеврою – тонкою плівкою, яка захищає легені. На Рисунку 3.22 ви можете побачити легень та плевру, яка її оточує. В нормі всередині плеври тиск від'ємний відносно атмосферного.

Коли ми вдихаємо повітря, м'язи збільшують об'єм грудної клітки. В цей момент легені наповнюються повітрям. Коли ми видихаємо м'язи розслаблюються, об'єм грудної клітки зменшується, повітря виходить з легень.

Від'ємний тиск всередині плевральної порожнини відіграє ключову роль в процесі нормального дихання. Якщо повітря потрапляє в плевральну порожнину, легень перестає розправлятися належним чином. Такий стан називається пневмотораксом. Легень, що не розправляється повністю, не забезпечує якісне збагачення крові киснем. Найлегшими для виявлення ознаками такого стану буде: прискорене дихання та/або утруднене дихання.

Відкритий пневмоторакс – це стан, що виникає внаслідок проникного поранення грудної клітки. Плевральна порожнина сполучається з зовнішнім середовищем, і повітря заходить всередину грудної клітки з кожним вдихом. Існує вірогідність, що частина повітря виходитиме під час видиху з грудної клітки назовні. Не зважаючи на це, від'ємний тиск у плевральній порожнині

зникне, а отже легеня зі сторони поранення не зможе ефективно забезпечувати дихання.

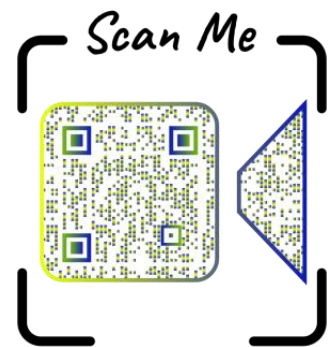
Закритий пневмоторакс- стан при якому повітря не виходить з плевральної порожнини. Такий стан може стати наслідком: падіння з висоти, ДТП, вибуху поруч, тощо. Зовнішньою ознакою можливого пошкодження легені є тупі травми грудної клітки.

За наявності проникного поранення в стінці грудної клітки допомогу слід надати, накладаючи торакальнооклюзійну наліпку з клапаном. Її задача – не давати повітрю потрапляти ззовні до плевральної порожнини, водночас клапан випускатиме повітря назовні.

Торакальнооклюзійна наліпка – це медичний засіб для надання допомоги при проникних пораненнях грудної клітки; плівка з нанесеним шаром спеціального клею. Наліпки бувають з клапаном, що дозволяє випускати повітря, так і без нього. Пріоритетом для використання у тактичній догоспітальній допомозі є наліпки з клапаном.



Рисунок 3.23 – Застосування вентильованої оклюзійної наліпки



Відеоматеріал 3.6:
[Застосування оклюзійної наліпки](#)

В разі погіршення стану постраждалого після накладання оклюзійної наліпки необхідно:

відліпити край оклюзійної пов'язки та відновити стан відкритого ранового отвору таким чином ми випускаємо надлишкове повітря з грудної порожнини, техніка має назву (“burping” – “вентилювання”).

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

Напружений пневмоторакс.

Це одна з причин смерті на полі бою, якій можна запобігти. Напружений пневмоторакс може розвинутиися як при проникних, так і при тупих травмах грудної клітки.

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 просторупоза легенею. Тиск зростає і стискає легеню, так і серце, разом із судинами, що йдуть до серця.

Тиск повітря, що накопичується в грудній клітці, може зумовити зміщення трахеї, серця та легені. Це призводить до дихальної недостатності, шоку, і, в кінцевому результаті, травматичної зупинки серця. (Рисунок 3.22 а, б)

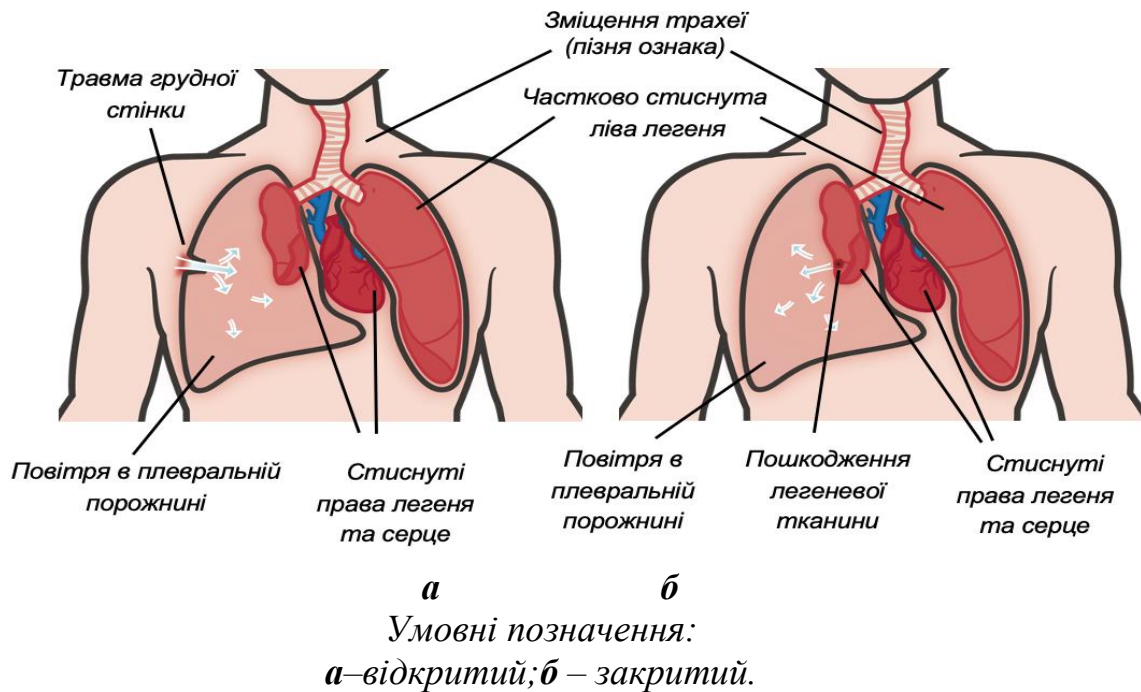


Рисунок 3.22 – Напружений пневмоторакс

Ознаки напруженого пневмотораксу:

важкі або прогресуючі розлади дихання;
прискорене часте дихання;
порушення рівня свідомості
асиметрія грудної клітини (уражена сторона збільшена і не бере участі в акті дихання)

Пізнні ознаки:

набрякання вен ший;
зміщення трахеї в протилежний бік від пошкодженої легені

Підозрюйте розвиток напруженого пневмотораксу у випадку виявлення тупої чи проникної травми грудної клітки чи первинної вибухової травми та при наявності однієї або більше ознак напруженого пневмотораксу.

Якщо ви підозрюєте напружений пневмоторакс – негайно дайте доповідь медичному персоналу!.

3.17. Проводити оцінку ефективності методів зупинки кровотеч

На цьому етапі Ваша задача – переконатися, що зовнішні масивні кровотечі контрольовані та відсутні додаткові поранення, не виявлені раніше.

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 відсутність пульсу нижче накладеного турнікета);

затампоновані поранення з гемостатичними або марлевими бинтами та тиснучими пов'язками;

будь-які інші методи зупинки кровотечі.

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

Голову оглядають на наявність кровотеч та поранень.

3.18. Проведення оцінки пульсу на периферичних артеріях

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

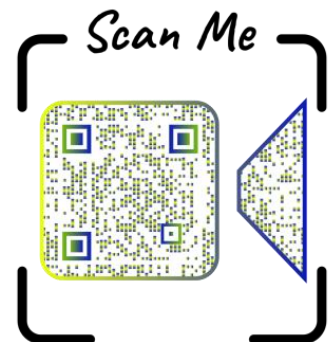
Оцінка пульсу є одним із найважливіших доступних методів для визначення стану постраждалого, також пульс є показником ефективного надання догоспітальної допомоги в динаміці.

Важливо орієнтуватися на показники периферичного пульсу для оцінки перфузії тканин (умовна оцінка артеріального тиску). Для перевірки пульсу на променевої артерії, помісти свої два-три пальці в місці прикріплення великого пальця до зап'ястя потерпілого (Рисунок 3.24). Не використовуй свій великий палець, щоб перевірити пульс потерпілого, адже можна переплутати власний пульс із пульсом постраждалого. 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 постраждалого немає пульсу на периферичній артерії, імовірно він знаходиться у стані шоку і потребує допомоги медика.



Рисунок 3.24– Перевірка периферичного пульсу на руці



Відеоматеріал 3.7:

[Визначення стану свідомості за AVPU.](#)

3.19. Ознаки шоку

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 небезпечним станом, внаслідок якого постраждалий може загинути. Найкраща профілактика шоку – швидка зупинка всіх масивних кровотеч.

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 втрати 1,5 л крові можлива поява у постраждалого зміненого психічного стану, слабкого пульсу на кінцівках, підвищеної частоти серцевих скорочень, зниження артеріального тиску та пришвидшення дихання. При такій крововтраті починає розвиватися геморагічний шок, але все ж така крововтрата, швидше за все, не призведе до смерті;

при втраті 2 літрів крові постраждалий може мати порушену свідомість, слабкий або відсутній пульс на периферичних артеріях, тахікардію (часте серцебиття), низький тиск та часте дихання. Така крововтрата з високою ймовірністю є смертельною, якщо медичний персонал швидко не надасть допомогу.

ВАЖЛИВО! *Втрата 2,5 л крові, або половини ОЦК є смертельним! Ваше завдання – не дати бійцю втратити стільки крові!*

Розпізнавання геморагічного шоку

1. Основними ознаками шоку на полі бою є пригнічення свідомості без черепно-мозкової травми та/або слабкий чи відсутній пульс на периферичних артеріях. Частота пульсу стане в нагоді медичному персоналу при подальшій допомозі, тому її необхідно оцінити. Визначається частота пульсу на периферичних артеріях за 15 секунд, або за 1 хв. (дані, отримані за 15 секунд, помножені на 4).

2. Інші ознаки шоку:

спутана свідомість;

змінений психічний стан (тривожність, збудження);

блідість, сірість, синюшність (ціаноз) шкіри;

холодна, липка шкіра;

прискорене дихання;

прискорене серцебиття (тахікардія);

нудоту;

сильна спрага;
попередні епізоди масивної кровотечі.

ВАЖЛИВО!*За наявних ознак шоку негайно повідомте медика!*

До прибуття медика або групи евакуації постраждалого з ознаками шоку можна покласти в стабільне бокове положення. Це забезпечить підтримку прохідності дихальних шляхів. Також необхідно якомога краще, наскільки дозволяють наявні ресурси, упереджувати розвиток гіпотермії, принципи роботи з якою будуть описані далі.

3.20. Ознаки доцільності та проведення конверсії турнікетів

Досвід російсько-української війни, яка триває з 2014 року по теперішній час, показує, що в реальних бойових умовах евакуація військовослужбовця з накладеним на кінцівку турнікетом до передових хірургічних підрозділів, де може бути виконане оперативне втручання по відновленню кровообігу у кінцівках, може займати більше шести годин. При такому тривалому перебуванні турнікету, зазвичай, розвивається гостра незворотна ішемія кінцівки, що в подальшому призводить до її ампутації. А при невчасній конверсії турнікету призводить до гострого пошкодження нирок, поліорганної недостатності та загибелі постраждалого, навіть у тих постраждалих, які не мали травматичної ампутації кінцівки, пошкодження магістральних судин, великих дефектів кінцівки та критичної кровотечі.

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

Конверсія турнікета – підхід при якому приймається рішення щодо заміни турнікета на інший метод зупинки кровотечі. Така оцінка повинна бути зроблена якомога скоріше, однак не пізніше ніж через дві години після первинного накладання турнікету.

Конверсію турнікета виконують медичні працівники або військовослужбовці з відповідною підготовкою (старші бойові медики, бойові медики та інші військовослужбовці, які пройшли підготовку з тактичної медицини, або виконують інструкції медичного працівника по конверсії турнікету, що надаються засобами зв'язку). Конверсію турнікету виконують на етапі Допомоги в тактичному укритті, етапі Евакуації, а також під час та на етапах медичної евакуації.

ВАЖЛИВО! Категорично заборонено тимчасово послаблювати турнікет з метою відновлення живлення (оксигенації) тканин, до моменту проведення конверсії турнікету або його “переміщення”, адже існує ризик смерті внаслідок втрати крові малими об’ємами.

Часові межі для виконання конверсії турнікету:

проведення конверсії вважається безпечним (при показах), коли від моменту накладання турнікета пройшло менше двох годин;

Протипокази до проведення конверсії турнікета:

травматична ампутація кінцівки (повна або часткова);
у постраждалого є ознаки шоку;
від моменту накладання турнікета пройшло більше двох годин;
рана не підходить для тампонування;
якщо з тактичних або медичних міркувань перехід до інших методів зупинки кровотечі є недоцільним;
неможливо спостерігати за раною на предмет відновлення кровотечі;
конверсія турнікета затримує евакуацію.

Конверсія турнікетів проводиться, якщо:

рана звільнена від одягу та підходить для конверсії;
евакуація затримується на 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.

Як підготуватися до конверсії турнікета:

оцінка стану постраждалого (переконайтеся, що постраждалий знаходиться у стабільному стані, без ознак шоку чи неконтрольованої кровотечі);

наявність необхідних засобів (наприклад, гемостатичні бинти, бинти марлеві, компресійні бандажі, а також еластичні бинти (для фіксації тампонади));

комунікація з постраждалим (якщо стан пацієнта дозволяє – поясніть йому що відбувається, щоб знизити рівень тривоги).

Послідовність дій при конверсії турнікета:

скористайтесь засобами індивідуального захисту (одягніть рукавички);
звільніть місце поранення від одягу і оцініть поранення;
вийміть кровоспинний перев’язувальний матеріал або бинт з упаковки;
заповніть та туго затампонуйте всю порожнину рани, підтримуючи сильний тиск на рану(може знадобитися більше, ніж один гемостатичний (марлевий) бинт;

переконайтесь що гемостатичний або марлевий бинт виступає над ранною (над шкірою) на 3-5 см;

після тампонування рани продовжуйте з силою здійснювати прямий тиск на рану руками протягом щонайменше 3 хв;

вийміть компресійний бандаж з упаковки (або перев'язувальний матеріал);

помістіть подушку компресійного бандажа безпосередньо на попередньо затамповане поранення (або якщо рана не потребує тампонування безпосередньо на рану);

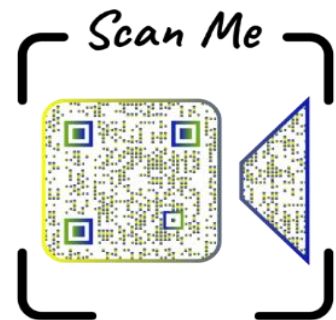
туго обмотайте компресійним бандажом (або еластичним бинтом) навколо кінцівки зосередивши тиск на рану;

зафіксуйте кінець тиснучої пов'язки;

повільно послабте турнікет (не швидше ніж за одну хвилину один оборот воротка), спостерігайте за тиснутою пов'язкою на наявність ознак відновлення кровотечі;

якщо кровотеча відновилась, затягніть початковий “швидкий” турнікет та переконайтесь, що кровотеча зупинилась та периферичний пульс відсутній;

якщо конверсія проведена успішно, послабте турнікет і перемістіть його трохи вище пов'язки, вільно, але без провисання ремня на випадок, якщо це знадобиться пізніше та зазначте час зняття турнікета у “Картці постраждалого”.



Відеоматеріали 3.9:

[Конверсія \(заміна\)](#)
[турнікету](#)

ВАЖЛИВО! *Періодично перевіряйте рану на предмет повторної кровотечі та повторюйте переоцінку після будь-яких рухів постраждалого.*

Турнікет-синдром – це комплекс патологічних змін, що відбуваються у відповідь на циркулярне (кругове) стиснення кінцівки при неправильному використанні турнікета та характеризується розладами, які можуть призводити до розвитку некрозу.

Прояви турнікет-синдрому:

сильний біль та набряк в місці накладання турнікета;

зміна кольору шкіри, блідість, синюшність або мармуровість нижче місця накладення турнікету;

порушення чутливості, слабкість або параліч кінцівки через пошкодження нервів;



Рисунок 3.26 – приклад турнікет-синдрому

3.21. Ознаки доцільності та проведення “переміщення” турнікетів

Зупинка кровотечі за допомогою турнікета є ефективним методом та умовно відноситься до рятуючих життя. Відомо, такі маніпуляції мають переваги над діагностичними діями на етапі Допомоги під вогнем. На вищевказаному етапі на першому місці стоїть зупинка масивної зовнішньої кровотечі з ран кінцівок.

ВАЖЛИВО! Слід розглядати концепцію “як тільки дозволяє ситуація, повинна бути зроблена повторна оцінка необхідності використання турнікету та прийнято рішення щодо його переміщення.

На етапі Допомоги в тактичному укритті з метою підвищення ефективності зупинки кровотечі та мінімізації негативних наслідків впливу турнікету на здорові тканини накладається “осмислений” турнікет.

“Осмислений” турнікет накладається у випадках:

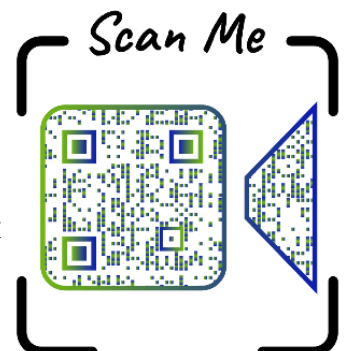
1. Заміна “швидкого” турнікету, накладеного занадто високо від поранення на етапі Допомоги під вогнем
2. Зупинка кровотечі з рани, яка була виявлена під час детального огляду на етапі Допомоги в тактичному укритті

Послідовність дій при “переміщенні” турнікета:

“Осмислений” турнікет накладається безпосередньо на шкіру, на 5-8 сантиметрів вище рани.

У випадках коли є попередньо накладений “швидкий” турнікет, його послаблення здійснюється лише після накладання “осмисленого” турнікету та тільки за умови попередньої невдалої або неможливої конверсії.

Необхідно повільно послабити турнікет (не швидше ніж за одну хвилину один оборот воротка), спостерігаючи ознаками відновлення кровотечі.



Відеоматеріали
3.8: [“Переміщення” турнікетів](#)

Залиште послаблений “швидкий” турнікет на кінцівці, попередньо перемістивши його ближче до “осмисленого” турнікету.

У разі відновлення кровотечі з рани або при появі периферичного пульсу “швидкий” турнікет необхідно затягнути повторно.

Умови проведення “переміщення” турнікетів:

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.

Протипокази до проведення переміщення турнікета:

від моменту накладання турнікета пройшло більше двох годин;
 якщо з тактичних або медичних міркувань перехід до інших методів зупинки кровотечі є недоцільним;
 конверсія турнікета затримує евакуацію.

ВАЖЛИВО!*Категорично заборонено тимчасово послаблювати турнікет з метою відновлення живлення (оксигенації) тканин– існує ризик смерті внаслідок втрати крові малими об’ємами.*

3.22. Допомога при відкритих ранах черевної порожнини

Евентрація – це вихід внутрішніх органів за межі черевної порожнини або рани тощо, внаслідок розгерметизації, обумовленої пораненням очеревини, м’язового шару та шкіри.

При відкритих ранах черевної порожнини:

заборонено вправляти (вставляти) кишкові петлі та внутрішні органи, що виходять назовні з рани, задля уникнення додаткового їх травмування;
 внутрішні органи, що виходять назовні з рани – необхідно зволожувати водою, щоб запобігти їх пересиханню;

накрити перев’язувальним матеріалом і зафіксувати органи, які виходять назовні з рани, за допомогою пов’язки (постійно підтримувати її у вологому стані);

обережно зафіксувати пов’язку: не тиснути на рану, не здавлювати черевну порожнину та не допускати переохолодження постраждалого;

контролюйте свідомість та пульс постраждалого;

при переміщенні постраждалого слід дотримуватись його горизонтального положення (лежачи).

ПАМ'ЯТАЙ. Якщо лейкопластир або клейка стрічка для фіксації не доступні, нецільно накрійте пов'язку тканиною й зав'яжіть її на стороні, протилежній до поранення.

ВАЖЛИВО! Заборонено давати їсти та пити постраждалому з евентрацією.

У разі наявності сторонніх тіл, які пройшли через черевну стінку:
не можна рухати чи виймати сторонні предмети з рани;
потрібно стабілізувати сторонній об'єкт за допомогою пов'язки з використанням валики бинтів;
пальпацію в разі такої травми проводити не можна.

3.23. Допомога при травмі ока

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

Запідозрити травму ока можливо за такими ознаками (рисунок 3.30):
скарги на біль у ділянці ока, дискомфорту в оці, слъозотечу, почервоніння ока;

кровотеча навколо ока, усередині або із самого ока (очного яблука);
наявність осколків або інших сторонніх тіл в оці або біля чи навколо ока;
набряк або розрив очного яблука;
випинання очного яблука з очниці;
різке значне погіршення зору.

Якщо у постраждалого наявне хоча б одна з вищевказаних ознак, або ви підозрюєте травму, слід закрити поранене око жорстким очним щитком.

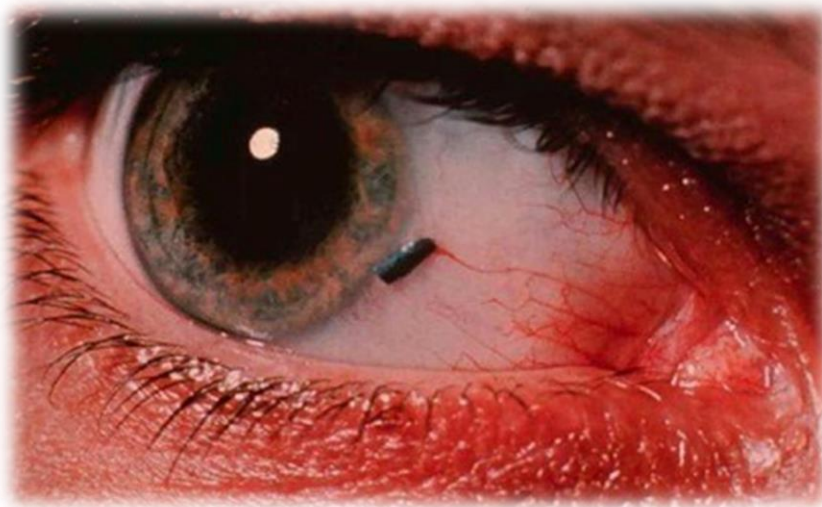


Рисунок 3.30 – Травма ока у постраждалого



Рисунок 3.31– Розміщення захисного щитка на оці постраждалого опуклою стороною назовні

ВАЖЛИВО! Для захисту травмованого ока слід використовувати твердий щиток (Рисунок 3.31), а НЕ тиснучу пов'язку! При накладанні пов'язки без щитка безпосередньо на поранене око зір може бути повністю втрачений!

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

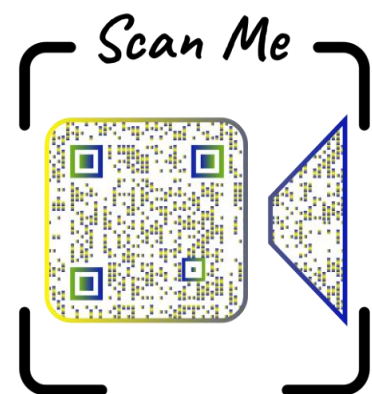
Якщо захисного щитка для ока немає в наявності, розгляньте можливість використання тактичних окулярів.

Закріпіть щиток за допомогою, липкої стрічки (Рисунок 3.30), лейкопластиру. Слід наклеїти пластир на лоб та щоку постраждалого приблизно під кутом 45 градусів

Дайте постраждалому визначені лікарські засоби зі складу АМЗІ для запобігання інфікуванню (за умови відсутності протипоказів).



Рисунок 3.32– Закріплення захисного щитка на одному оці постраждалого



Відеоматеріали 3.11:

[Надання допомоги
при травмі ока](#)

Якщо в постраждалого є скарги на відчуття дискомфорту в оці, слезотечу, 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 визначені лікарські засоби зі складу АМЗІ;
- 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 травмуючого 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.

Допомога в разі термічних опіків ока: зупинити процес горіння; оцінити ступінь ураження навколишніх тканин шкіри; закрити уражене око сухим захисним щитком та далі діяти за загальним алгоритмом при пораненнях/травмах очей.

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 тактичної догоспітальної допомоги в разі хімічних опіків: потрібно одразу промити очі великою кількістю води; накласти захисний щиток та далі діяти за загальним алгоритмом при пораненнях/травмах очей.

3.24. Допомога при опіках

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



Умовні позначення:
а) опік I ступеня; б) опік II ступеня; в) опік III ступеня

Рисунок 3.33—прикладі ступенів під час отримання опіків

Надання допомоги при опіках:

Пріоритети в разі надання тактичної догоспітальної допомоги для постраждалих з опіками не відрізняються від допомоги в разі інших бойових поранень/травм.

На етапі Допомоги під вогнем:

Постраждалих необхідно витягти з палаючих транспортних засобів або будівель і перемістити у відносно безпечні місця (тактичне укриття).

Зупинити процес горіння (загасити відкрите полум'я, однак не займатися одягом, що тліє та іншим). Гасіння полум'я може бути елементом самопомоги.

У разі потреби, при наявності масивної кровотечі – потрібно накласти турнікети (можливе накладання турнікетів безпосередньо на обпечені ділянки).

На етапі Допомоги в тактичному укритті:

зупинити процес горіння, якщо цього не було зроблено раніше;

оцінити рівень свідомості за шкалою AVPU;

забезпечити контроль масивних кровотеч (можливе накладання турнікетів безпосередньо на обпечені ділянки);

забезпечити прохідність дихальних шляхів з урахуванням протипоказів;

зрізати обгорілий одяг, зніміть амуніцію та всі стягуючі предмети (кільця, браслети, годинник, ланцюжок тощо) (рисунок 3.34);

охолодіть уражену ділянку водою (за можливості) або використайте гідрогелеві пов'язки (за наявністю);



Рисунок 3.34 – Слід зняти годинник і прикраси, якщо є опіки



а.



б.

Умовні позначення:

а) накладання сухої стерильної пов'язки на опікову поверхню; б) суху стерильну пов'язку на опікову поверхню накладено

Рисунок 3.35 – Приклади накладання пов'язок під час отримання опіків

При опіках заборонено:

- відривати фрагменти тканини, одягу, амуніції, якщо вони приклеїлися до обпеченої шкіри;
- розкривати пухирі;
- відкривати силоміць повіки, якщо вони обпечені;
- наносити мазі (у тому числі на основі декспантенолу), жири, олії й пов'язки з ними (це забруднює опікову поверхню і є поживним середовищем для мікроорганізмів);
- наносити зеленку, синьку, марганцевокислий калій, йод;
- 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. Полум'я, гаряче повітря і продукти горіння при пожежах у замкнутих просторах (бліндажах, підвалах), бойовій техніці і в осередках застосування бойових вогнесумішей часто уражують органи дихання. В разі вдихання гарячого повітря може відзначатися виражений набряк слизової оболонки рота й верхніх дихальних шляхів із розвитком асфіксії. Це – смертельно небезпечний стан.

Про опік дихальних шляхів може свідчити:

- утруднене дихання та/або ковтання;
- охриплість та осиплість голосу;
- хрипке дихання;
- задишка;

кашель із “вугільною” мокротою;
 скарги на болі в горлі;
 запах горілого з рота;
 сажа/обпалене волосся на обличчі;
 можуть бути видимі опіки обличчя, губ, язика, глотки, носа.
 Підозрюйте таку травму при тривалому впливі диму.

3.25. Методи запобігання розвитку гіпотермії

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 згортатися(утворювати тромби) належним чином. Це може відбуватися навіть у спекотному середовищі. Ваша задача – розірвати це хибне коло!

Ознаки гіпотермії: уповільнене чи нерозбірливе мовлення, млявість, сонливість, уповільнене дихання, шкіра бліда, кінцівки синюшні, “гусяча шкіра”, озноб.

Заходи для попередження гіпотермії:

мінімізуйте, за можливості, роздягання постраждалого;

якщо є змога, замініть повністю мокрий одяг на сухий, запобігайте тривалому контакту постраждалого з холодними поверхнями (грунт, бетон, асфальт). оскільки такий контакт підсилює втрату тепла організмом постраждалого. Помістіть бар’єр між холодною поверхнею та тілом постраждалого у вигляді каремата, плаща, термоковдри тощо, або якщо можливо, розмістіть постраждалого на підвищеній ізольованій поверхні, наприклад, у транспортному засобі (рисунок 3.25);

загорніть постраждалого повністю в термоковдру з його АМЗІ, сріблястою стороною до постраждалого (рисунок 3.26). Залиште відкритим тільки обличчя, але необхідно зберігати голову в теплі (одягнути шапку тощо). При необхідності можна використовувати декілька термоізоляційних ковдр;

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

за необхідності використовуйте додаткові підручні засоби для зігріву постраждалого (грілки різних видів, у тому числі імпровізовані тощо);

мінімізуйте вплив погодних умов на постраждалого.



Рисунок 3.27 – Використання термоковдри в якості бар'єру між ґрунтом і тілом постраждалого



Рисунок 3.28 – Загортання постраждалого в термоковдру

ПАМ'ЯТАЙТЕ! Суттєве переохолодження може стати причиною смерті, але головна небезпека гіпотермії для постраждалого полягає у впливі зниженої температури тіла на згортання крові. Постраждалі зі значною крововтратою чи великими опіками 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!

3.26. Проведення огляду на наявність ознак травми голови

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);

вибухова хвиля, тобто присутність постраждалого в радіусі 50 метрів від будь-якого вибуху;

падіння (у тому числі внаслідок впливу вибухової хвилі або падіння з висоти свого зросту або з транспортного засобу тощо), стрибки у воду (особливо, головою вперед);

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

ураження електричним струмом.

Загальні ознаки ЧМТ:

рани, садна, синці в ділянці голови й обличчя;

деформація черепа;

сильний біль або відчуття тиску в голові, шиї;

дзвін у вухах, порушення слуху;

нудота та/або блювання;

хитка хода;

сплутаність або втрата свідомості;

розлади психіки та поведінки;

порушення пам'яті (амнезія);

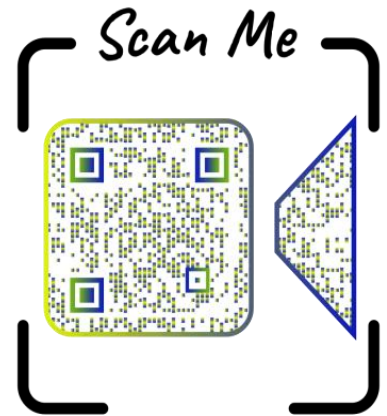
порушення зору; ністагм (мимовільні швидкі ритмічні коливальні рухи очних яблук у ту чи іншу сторону (тремтіння очей));

поколювання або втрата чутливості в пальцях рук і ніг;

втрата рухових функцій кінцівок;

судоми;
розширення або різний розмір зіниць; відсутність реакції зіниць на світло;
наявність синців за вухами;
наявність синців навколо очей (симптом “очей єнота” або “окулярів”);
виділення крові та/або ліквору (прозорої рідини) з носової порожнини та/або вух.

ВАЖЛИВО! Про травми голови необхідно повідомити медика!



Відеоматеріали

.10: [Надання допомоги при травмах голови](#)

Рисунок 3.29 – Зразок пов’язки при травмах голови

3.27. Виконання іммобілізації переломів

Кожен військовослужбовець має вміти надати допомогу постраждалому 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.

Ознаки переломів кісток:

сильний біль, набряк, садна, синці, деформація у ділянці пошкодження;
“клацання”, хруст (крепітація), відчутне на звук та/або на дотик при зміні положення тіла;

обмеження обсягу рухів;

неприродне положення, форма, різна довжина кінцівки;

відсутність пульсу або втрата чутливості на пошкодженій кінцівці.

Накладання шин (іммобілізація) – є умовою для запобігання додаткових ушкоджень м’яких тканин, судин тощо, запобігання кровотечі та зменшення болю в місці перелому під час транспортування. Необхідно накладати шини при переломах кісток кінцівок та при повній або частковій їх ампутації.

Шини поділяються на табельні та імпровізовані.

Якщо табельні шини недоступні, створіть імпровізовану шину, використовуючи жорсткі матеріали, такі як дошки, уламки ящиків, гілки дерев

тощо. Захопіть під час накладення шини суглоб вище і суглоб нижче місця перелому. Закріпіть шину пов'язкою, широкою смугою тканини, поясом, клейкою стрічкою тощо (рисунок 3.36 -3.37).



Рисунок 3.36— Рука зі зламною променевою кісткою



Рисунок 3.37 – Рука з накладеною шиною. Захоплено один суглоб вище і один суглоб нижче місця перелому

Накладіть шину перед тим, як рухати постраждалого, щоб мінімізувати зміщення перелому. Рекомендується використання напівжорстких шин, у разі їх наявності (рисунок 3.38).

Переломи рук можна зафіксувати, використовуючи для цього сорочку постраждалого.

Переконайтеся, що шина не затянута занадто туго. Це може погіршити кровообіг в кінцівці нижче шини.

Послабте пов'язку, якщо є:

оніміння;

поколювання або посилення болю;

бліді або синюшні пальці рук/ніг.

Може виникнути збільшення набряку, тому продовжуйте уважно стежити за станом постраждалого. Обов'язково перевірити наявність пульсу на ураженій кінцівці до і після накладання шини.



Рисунок 3.38 – Використання напівжорсткої шини при переломі ноги



а.

б.

Умовні позначення:

а) фіксація шиною ліктя при переломі плеча; б) фіксація шини за допомогою бинта.

Рисунок 3.40 – Приклади фіксації суглобів рук під час отримання переломів

3.28. Накладання пов'язок при різних типах поранень

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

Промийте й очистіть рани водою за можливістю. Мета полягає в тому, щоб очистити рану й видалити явні сторонні залишки.

Якщо ресурси доступні й не потрібні для інших постраждалих, ви можете накласти пов'язки.

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

Зберігайте гемо статичні бинтий бандажі для серйозніших кровотеч.

Якщо постраждалий може кувати, попросіть його прийняти піл пак з АМЗІ.

Перев'язування поранень за допомогою бандажа.

Бандаж – це універсальний перев'язувальний пакет (можна використовувати як еластичний бинт, як тиснучу 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 самопомоги.

ВАЖЛИВО! Завжди пам'ятайте, що при накладанні тиснучих пов'язок на кінцівки, існує ризик перетискання кінцівки внаслідок набряку останньої чи зміщення пов'язки (Рисунок 3.39). Контролюйте натяг накладених пов'язок та перевіряйте периферичний пульс на кінцівках з накладеними пов'язками.



Рисунок 3.39 – Приклад не правильно накладеної пов'язки

За наявності стороннього тіла в рані:

1. НЕ ВИДАЛЯТИ стороннє тіло. Якщо стороннє тіло (осколок, ніж, арматура тощо) глибоко проникло в рану, його не можна виймати, адже воно може: перекривати судини і частково зупиняти кровотечу; викликати додаткові ушкодження при вилученні.

2. Зафіксувати стороннє тіло. Якщо є необхідність транспортувати постраждалого або запобігти подальшим ушкодженням, сторонній предмет потрібно стабілізувати: використати валики з бинта або марлевих рулонів по обидва боки предмета; накласти пластр чи бинт у вигляді “гнізда” навколо стороннього тіла, щоб воно залишалося нерухомим; не чинити надмірного тиску, щоб не погіршити стан.

3. Контролювати кровотечі. Якщо є масивна кровотеча, зупинити її вище місця ураження за допомогою турнікета (якщо це кінцівка). За неможливості застосування турнікету через анатомічне розміщення рани – здійснити прямий тиск на рану та/або використати підручний тиснучий елемент на зону поранення або на з'єднувальну ділянку тіла вище поранення (підпахва, пах) до прибуття допомоги евакуаційної групи.

4. Повідомити медиків про стороннє тіло та контролювати стан постраждалого (дихання, свідомість, кровообіг) до моменту передачі його евакуаційній групі.

3.39. Склад та особливості використання індивідуального набору лікарських засобів

Використовуйте індивідуальний набір лікарських засобів з АМЗІ (рисунок 3.40), якщо постраждалий в свідомості, може ковтати та за відсутності протипоказів.

Можливі протипокази застосування набору лікарських засобів з АМЗІ:

Індивідуальна непереносимість (алергія)

Порушення свідомості що прогресують: якщо постраждалий стає дезорієнтованим або його рівень свідомості знижується, пероральне введення ліків може бути небезпечним через ризик аспірації (попадання рідини або таблеток у дихальні шляхи). У таких випадках слід віддати перевагу внутрішньовенним або внутрішньом'язовим шляхам введення.

Виражена нудота та блювання: прийом таблеток перорально буде неефективним, якщо постраждалий не може їх утримати. Більше того, блювання може призвести до зневоднення та інших ускладнень, що є критичним у бойових умовах.

Наявні ознаки шоку

Важкі поранення/травми обличчя, голови, грудної клітки

Поранення/травми черевної порожнини (живота)

До складу набору лікарських засобів в АМЗІ входить:

Парацетамол 500мг – 2 таблетки;

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

Моксифлоксацин 400мг або левофлоксацин 500мг – 1 таблетка

Набір лікарських засобів де є антибіотик, знеболюючий та протизапальний препарат є варіантом № 1, і його повинні використовувати військовослужбовці, які мають легкий або помірний біль.



Рисунок 3.42 – набір медикаментів, які входять до індивідуального набору лікарських засобів

4. Надання допомоги постраждалим на етапі Евакуації

4.1. Принципи підготовки постраждалого до евакуації

Допоки постраждалий не буде переданий медичному персоналу на наступний етап евакуації, необхідно постійно, але не рідше, ніж кожні 15-20 хвилин, проводити повторний повний травма-огляд і повторну оцінку стану постраждалого за алгоритмом MARCH.

Щодо контролю кровотеч— це означає повторну перевірку будь-яких турнікетів, щоб підтвердити їх ефективність та контроль кровотечі, відсутність периферичного пульсу, якщо це потрібно. Тампонади, тиснучі пов'язки й вузлові (імпровізовані) пов'язки потрібно перевірити повторно, щоб переконатися у відсутності ознак відновлення кровотечі.

Якщо виникла потреба то проведіть наступні дії:

повторне затягування турнікетів, або накладання додаткових турнікетів; оцінити доцільність та провести конверсію або “переміщення” турнікетів (при відсутності протипоказів), якщо це не було зроблено раніше;

накладення тиснучих пов'язок (у тому числі на шию, підпахву, пах), якщо це не було зроблено раніше;

надання допомоги при будь-яких відкритих ранах грудної клітки, які не заклеєні належним чином;

заміна (якщо це необхідно) та накладення нових тиснучих пов'язок;

надання допомоги при будь-яких травмах живота, очей, голови, які досі відкриті/незахищені;

імобілізуйте виявлені переломи підручними засобами, якщо це не було зроблено раніше;

дайте постраждалому набір лікарських засобів з АМЗІ (за необхідністю та за відсутності протипоказів);

запобігайте розвитку гіпотермії, використовуйте термоковдру або інші методи;

підготуйте до евакуації постраждалого з підозрою на травми шиї, таза, хребта.

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 тиснучу пов'язку.

ВАЖЛИВО! Повторно оцінюй, повторно оцінюй, повторно оцінюй!
Правило самоперевірки: “Переді мною працював дурень, навіть, якщо це я сам!”

До початку евакуації потрібно:

проводити постійний переогляд постраждалого за алгоритмом MARCH; заповнити “Картку постраждалого” та прикріпити її до постраждалого;

- закріпити всі кінці бандажів та пов'язок;
- закріпити ковдри/накидки, що застосовувались для попередження гіпотермії;
- підбати про те, щоб особиста зброя та засоби індивідуального спорядження транспортувались разом із постраждалим, якщо немає інших вказівок командира (вимог керівних документів);
- бути готовим до прибуття евакуаційного транспорту;
- забезпечити безпеку, маскування та охорону місця евакуації.

Комунікуйте:

- з постраждалим – підбадьорюйте, заспокоюйте та пояснюйте, яку саме допомогу ви надаєте;
- з тактичним командуванням – надайте командуванню інформацію щодо місцезнаходження та стану постраждалого;
- з медичним персоналом – надайте евакуаційній групі інформацію про постраждалого згідно МІСТ-рапорту.

ОЗНАКИ ГОСТРОЇ СТРЕСОВОЇ РЕАКЦІЇ:

- СПАЛАХИ ІСТЕРИЧНОГО СМІХУ АБО ПЛАЧУ;
- КРИКИ ТА ГІПЕРАКТИВНІСТЬ;
- НЕЗДАТНІСТЬ КОНЦЕНТРУВАТИ УВАГУ;
- ПОРУШЕННЯ ЛОГІКИ ТА ШВИДКОСТІ МИСЛЕННЯ;
- ЗАГАЛЬМОВАНІСТЬ, СТУПОР;
- ПАНІКА.

4.2. Особливості психологічної підтримки та комунікації з постраждалим

Фізичні поранення/травми, отримані під час бойових дій, часто супроводжуються глибокою психологічною травмою та стресом. Такий постраждалий потребує комунікації та взаємодії з тим, хто надає допомогу.

Основними правилами комунікації при наданні допомоги постраждалому є:

Продовжуйте виконання завдання, якщо необхідно – надайте відповідну допомогу, якщо це не було зроблено раніше.

Очікуйте, що військовослужбовець з незначними травмами буде готовий до взаємодії.

Постійно зберігайте спокій; давайте чіткі запитання, команди та контролюйте взаємодію.

Постійно підтримуйте контакт з постраждалим: інформуйте про стан його поранення/травми і про подальші дії з приводу його евакуації.

Повідомляйте йому необхідну інформацію стосовно перебігу подій (тактичної ситуації, цілей, очікувань), надайте йому підтримку та заспокойте. Контролюйте розповсюдження чуток.

Намагайтесь відновити впевненість постраждалого у собі, говоріть про хороше.

Розмежуйте загиблих та постраждалих, адже їх взаємодія може підвищити рівень травматизації!

Якщо постраждалому можна пити то якомога швидше забезпечте його водою та дайте йому можливість відпочити.

Дозвольте йому виговоритися, не применшуйте його переживання, горя чи тривоги. Вислухайте його та дайте практичні рекомендації.

4.3. Особливості комунікації з медичним персоналом і передачі інформації про постраждалого та його стан (за МІСТ-рапортом)

Комунікація з командуванням щодо наявних втрат, постраждалих, вимог евакуації – є важливою на всіх етапах надання тактичної догоспітальної допомоги. 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 постраждалих веде визначена відповідальною за це в підрозділі особа.

Спершу потрібно передати інформацію, яка є доступною напочатку, а це:

- кількість постраждалих;
- яка категорія евакуації постраждалого;
- хто постраждав (командир/некомандний склад);
- чи здатен постраждалий далі брати участь у виконанні завдання;
- кількість загиблих.

Під час передавання постраждалого евакуаційній групі або медикам – передайте усно МІСТ-рапорт. Для евакуаційної групи 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 постраждалому, а записані дані – проаналізувати динаміку його стану, щоб зрозуміти, на який рівень допомоги його доставляти й скільки в них на це часу.

МІСТ-рапорт складається з наступної інформації:

- М** Механізм поранення/травми (вогнепальна, вибухова, тупа, відкрита, тривале стиснення, теплова, холодова, ХБРЯ).
- І** Інформація про поранення (локалізація, вид: поранення/травма кінцівки, травматична повна або часткова ампутація, поранення/травми черевної порожнини, очей, голови, опіки, підозра на травму шиї, таза, хребта тощо).
- С** Симптоми (стан свідомості, прохідності дихальних шляхів, наявність шоку, рівень болю тощо).
- Т** Терапія (надана допомога, накладені турнікети та час їх накладання, застосовані медичні препарати (кількість, дозування тощо)).

Надайте додаткову інформацію, яка може бути корисна медику або евакуаційній групі. Допоможіть підготувати постраждалого до подальшого транспортування.

Задokumentуйте:

результати огляду постраждалого;
надану медичну допомогу;
зміни стану постраждалого.

4.4. Особливості заповнення “Картки постраждалого”

До документації належить медична інформаційна картка – “Картки постраждалого”(далі – картка) (Рисунок 4.1). Після її заповнення необхідно закріпити картку будь-яким способом на постраждалому.

Заповнюючи “Картку постраждалого”, ми записуємо усі травми та обсяг допомоги, наданої постраждалому на догоспітальному етапі. За допомогою картки можливий обмін інформацією про допомогу постраждалому на місці травми для продовження догляду за ним. Вона гарантує надання найкращої допомоги постраждалому, наскільки це можливо. Тому картка відноситься до обов’язкової медичної документації.

Картка не тільки допомагає під час лікування, але зокрема, вона допомагає вирішити питання щодо подальшого лікування та реабілітації з приводу інвалідності через оцінку невіддатності бійця.

Розділ з особистою інформацією бажано заповнити **завдалегідь**, після чого помістити картку в **АМЗІ**. Також цей розділ містить інформацію про місце та час отримання поранень/травм.

Міністерство оборони України **КАРТКА ПОСТРАЖДАЛОГО** Форма № 002/о Наказ МОУ _____ 2025 № _____

1 Загальна інформація

Дата події _____ рік Час події _____ :

Евакуаційна категорія: ☐ Термінова(I) ☐ Пріоритетна(II) ☐ Звичайна(III)

ПІБ _____

ДН _____ рік Стать: ☐ Ч ☐ Ж ID _____

В/ч _____ В/звання _____ Алергія _____

2 Механізм

☐ Вогнепальна ☐ Вибухова ☐ Тупа ☐ Відкрита ☐ Тривале стиснення

☐ Теплова ☐ Холодова ☐ ХБРЯ

Тип: ☐ Проникна ☐ Непроникна

☐ Інше: _____

3 Травма

Турнікет права рука

Назва _____

Накладено _____ :

Знято _____ :

Переміщення _____ :

Конверсія _____ :

Турнікет ліва рука

Назва _____

Накладено _____ :

Знято _____ :

Переміщення _____ :

Конверсія _____ :

Турнікет права нога

Назва _____

Накладено _____ :

Знято _____ :

Переміщення _____ :

Конверсія _____ :

Турнікет ліва нога

Назва _____

Накладено _____ :

Знято _____ :

Переміщення _____ :

Конверсія _____ :

4 Життєві показники

Час _____ : _____ : _____ : _____ :

Частота дихання _____

SpO₂ _____

Пульс _____

Міністерство оборони України **КАРТКА ПОСТРАЖДАЛОГО**

5 Надана допомога

М: ☐ Кінцівки ТQ ☐ Вузовий ТQ ☐ Абдомінальний ТQ

☐ Тампонування ☐ Гемостатичний бинт

☐ Тиснуча пов'язка ☐ Інше _____

А: ☐ Прохідні ☐ O₂ _____ л/хв ☐ НФП ☐ НГП ☐ Кріко

Р: ☐ Дихальний мішок Декомпресія: ☐ П ☐ Л

Оклюзійна наліпка: ☐ П ☐ Л ☐ Вентильована ☐ Невентильована

С: Судинний доступ: ☐ В/В ☐ В/К

Інфузійна терапія				
	Назва	Об'єм	Шлях введення	Час
Розчин				:
Кров/компоненти				:
Суша плазма				:

Лікарські засоби				
	Назва	Доза	Шлях введення	Час
Анальгетик (наприклад: фентаніл, парцетамол)				:
Антибіотик (наприклад: моксифлоксацин)				:
Інші (наприклад: транексамова кислота)				:

Н: Профілактика гіпотермії: ☐ А ☐ П Засіб _____

☐ Набір ЛЗ Шиток на око: ☐ Л ☐ П Імобілізація _____

6 Додаткова інформація

Нотатки: _____

ПІБ _____ В/ч _____

Дата _____ рік Підпис _____

Рисунок 4.1 – “Картка постраждалого”

Інструкція щодо заповнення “Картки постраждалого”:

1. Пункт “Загальна інформація”

1.1 У полі “Дата події” вказується у форматі дд.мм.рррр. Наприклад, 05.05.2023.

1.2 У полі “Час події” вказується у форматі год:хв, тобто година і хвилина записуються двозначними числами у 24-годинному форматі. Наприклад, 22:05.

1.3 У полі “Евакуаційна категорія” позначається відповідна евакуаційна категорія постраждалого. Перелік евакуаційних категорій наведено у додатку 2 до цієї Інструкції. Зауважте, що це лише приклади, і евакуаційна категорія конкретного постраждалого може потребувати модифікації на основі результатів огляду на етапі Допомога в тактичному укрітті.

1.4 У полі “ПІБ” вказується прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) постраждалого. Відмітка “невідомий” вказується у випадку відсутності ідентифікуючих даних.

1.5 У полі “ДН” вказується дата народження постраждалого (у форматі дд.мм.рррр).

1.6 У полі “Стать” позначається стать постраждалого: “Ч” – чоловіча, “Ж” – жіноча.

1.7 У полі “ID” вказується особистий номер військовослужбовця або його реєстраційний номер облікової картки платника податків.

1.8 У полі “В/ч” вказується номер військової частини, де проходить службу постраждалих.

1.9 У полі “В/звання” вказується військове звання постраждалого.

1.10 У полі “Алергія” вказується “ні”, “невідомо” або “так”. Якщо вказано “так”, в дужках вказується лікарський засіб на який постраждалий має алергію.

2.Пункт “Механізм”

2.1 Цей пункт містить інформацію про наявні травми (поранення, ураження) згідно з даними огляду, здійсненого надавачем допомоги, та інформацію про обставини травмування (зі слів постраждалого або особи, що його супроводжує).

2.2 Поле “Вогнепальна” позначається при пошкодженні тканин і органів з порушенням цілісності їх покриву (шкіри, слизової або серозної оболонки), що спричинене вогнепальною зброєю. За видом снаряду, що ранить: кульові, осколкові (стандартні осколкові елементи, осколки неправильної форми), нетабельні снаряди (шарикові, стріловидні), вторинні вражаючі елементи (скло, камінь, лід, цегла).

2.3 Поле “Вибухова” позначається при пораненнях, що виникають внаслідок вибуху і включає вплив на тіло вибухової хвилі, теплової енергії та хімічних речовин.

2.4 Поле “Тупа” позначається при наявності травм спричинених ударом тупим предметом без проникнення крізь шкіру. Включає, але не обмежується: садно, синці, гематома, закритий перелом, струс мозку.

2.5 Поле “Відкрита” позначається при наявності травм спричинених гострими або тупими предметами, при їх проникненні через шкіру. Включає: різані, колоті, рвані, рублені, укушені, розтриті, розчавлені, забиті, травматичні ампутації, змішані.

2.6 Поле “Тривале стиснення” позначається при наявності травм, що виникли внаслідок тривалого стиснення м’яких частин тіла. Включає: синдром тривалого

стиснення (компартмент-синдром/краш-синдром).

2.7 Поле “Теплова” позначається за наявності травм чи ушкоджень, викликаних впливом високих температур.

2.8 Поле “Холодова” позначається за наявності травм чи ушкоджень, викликаних впливом низьких температур.

2.9 Поле “ХБРЯ” позначається за наявності або при підозрі на хімічне, біологічне, радіаційне або ядерне ураження.

2.10 Поле “Проникна” позначається за наявності або за підозри на проникну травму.

2.11 Поле “Непроникна” позначається за відсутності ознак проникної травми.

2.12 Поле “Інше” вказуються інші механізми травми.

3. Пункт “Травми”

3.1 На малюнку слід позначити позначкою – “Х” локалізації травм. У разі поєднаної травми позначають кілька пошкоджень у межах різних анатомо-функціональних ділянок. У разі застосування засобу для зупинки кровотечі механічного типу (далі – турнікет) на малюнку позначається місце розташування та вказується текстом назва турнікета та час, коли його накладено, знято, проведено переміщення або конверсію. Відповідна колонка заповнюється

за наявності однієї чи більше виконаних дій із застосуванням турнікета.

3.2 Поле “Турнікет права рука” заповнюється, якщо турнікет накладено на праву верхню кінцівку.

3.3 Поле “Турнікет ліва рука” заповнюється, якщо турнікет накладено на ліву верхню кінцівку.

3.4 Поле “Турнікет права нога” заповнюється, якщо турнікет накладено на праву нижню кінцівку.

3.5 Поле “Турнікет ліва нога” заповнюється, якщо турнікет накладено на ліву нижню кінцівку.

3.6 У полі “Назва” вказується назва турнікета.

3.7 У полі “Накладено” вказується час накладання турнікета.

3.8 У полі “Знято” вказується час зняття турнікета.

3.9 У полі “Переміщення” вказується час переміщення турнікета.

3.10 У полі “Конверсія” вказується час конверсії турнікета.

4. Пункт “Життєві показники”

4.1 Таблиця “Життєві показники”, заповнюється після кожного визначення вказаних показників.

4.2 У колонці “Час” вказується час визначення відповідного показника у форматі год/хв.

4.3 У колонці “Частота дихання” вказується кількість дихальних рухів за одну хвилину.

4.4 У колонці “SpO2” вказується показник сатурації кисню в крові.

4.5 У колонці “Пульс” вказується частота пульсу за одну хвилину, та місце його визначення (центральный або периферичний).

4.6 У колонці “Артеріальний тиск” вказується показник артеріального тиску в мм рт. ст.

4.7 У колонці “Рівень свідомості (AVPU)” вказується показник рівня свідомості, визначений за шкалою AVPU.

4.8 У колонці “Шкала болю (0-10)” вказується показник в балах (від 0 до 10), визначений за цифровою шкалою болю. Якщо життєвий показник не визначався, слід поставити “–” (прочерк) у відповідній комірці.

5. Пункт “Надана допомога”

5.1 Включає обсяг всієї наданої допомоги, включно до моменту передачі постраждалого наступному надавачеві або роль медичної підтримки, та відповідає алгоритму надання допомоги постраждалому MARCH PAWS.

5.2 Поле “Кінцівки TQ” позначається при використанні турнікета для кінцівок. В додатковому полі вказується торгова назва використаного турнікета.

5.3 Поле “Вузловий TQ” позначається при використанні турнікета для “вузлових” ділянок тіла. В додатковому полі вказується торгова назва використаного турнікета.

5.4 Поле “Абдомінальний TQ” позначається при використанні абдомінального турнікета. В додатковому полі вказується торгова назва використаного турнікета.

5.5 Поле “Тампонування” позначається при проведенні тампонування рани.

5.6 Поле “Гемостатичний бинт” позначається при проведенні тампонування рани гемостатичним бинтом. В додатковому полі вказується торгова назва використаного бинта.

5.7 Поле “Тиснуча пов'язка” позначається при накладанні тиснучої пов'язки. В додатковому полі вказується використаний засіб та його торгова назва (за наявності).

5.8 У полі “Інше” вказуються інші засоби, використані для зупинки кровотеч.

5.9 Поле “Прохідні” позначається, якщо не потребується додаткових заходів щодо забезпечення прохідності дихальних шляхів.

5.10 Поле “O2” позначається, якщо проводиться киснева дотація постраждалому. В додатковому полі вказується інструмент та тип респіраторної маски для подачі кисню.

5.11 Поле “НФП” позначається, якщо прохідність дихальних шляхів забезпечено назофарингеальним повітропроводом. В додатковому полі вказується торгова назва використаного повітропровода та його розмір.

5.12 Поле “НГП” позначається, якщо прохідність дихальних шляхів забезпечено надгортанним повітропроводом. В додатковому полі вказується торгова назва використаного повітропровода та його розмір.

5.13 Поле “Кріко” позначається, якщо для забезпечення прохідності дихальних шляхів проведено крікотиреотомію. В додатковому полі вказується торгова назва використаного засобу (за наявності), та розмір трахеостомічної трубки.

5.14 Поле “Дихальний мішок” позначається за умови проведення вентиляції дихальним мішком.

5.15 Поле “Декомпресія” позначається, якщо було проведено голкову декомпресію; поле “П” позначається за умови проведення декомпресії справа, “Л” – зліва. В додатковому полі вказується торгова назва використаного засобу та місце проведення декомпресії.

5.16 Поле “Оклюзійна наліпка” позначається, якщо було застосовано оклюзійну наліпку при травмах грудної клітки; поле “П” позначається за умови застосування наліпки з правої сторони, “Л” – з лівої сторони. Поле “Вентильована” позначається за умови використання вентильованої наліпки,

“Невентильована” позначається за умови використання невентильованої наліпки. В додатковому полі вказується торгова назва використаного засобу.

5.17 У полі “Судинний доступ”: “В/В” позначається, якщо судинний доступ

забезпечено за допомогою периферичної внутрішньовенної канюлі; поле “В/К” – позначається, якщо судинний доступ забезпечено за допомогою пристрою для

внутрішньокісткової інфузії. В додатковому полі вказується розмір внутрішньовенної канюлі, торгова назва пристрою для внутрішньокісткової інфузії та місце розміщення внутрішньокісткової голки.

5.18 Таблиця “Інфузійна терапія” заповнюється за умови проведення рідинної ресусцитації: У стовпці “Назва” вказується торгова назва інфузійного розчину та концентрація застосованих розчинів у відсотках (за наявності). У стовпці “Об’єм” вказується об’єм введеної рідини в мілілітрах. У стовпці “Шлях введення” вказується використаний шлях введення для проведення інфузійної терапії. У стовпці “Час” вказується час початку введення рідини для ресусцитації. У рядках “Розчин”, “Кров/компоненти”, “Суша плазма” вказується інформація щодо назви, об’єму, шляху введення та часу проведення інфузійної терапії відповідними лікарськими засобами та/або кров’ю та її компонентами.

5.19 Таблиця “Лікарські засоби” заповнюється за умови використання лікарських засобів під час надання допомоги: У стовпці “Назва” вказуються назви лікарських засобів українською мовою та, за наявності, концентрація введених лікарських засобів у відсотках. У стовпці “Доза” вказується дозування введеного лікарського засобу. У стовпці “Шлях введення” вказується використаний шлях введення лікарського засобу (наприклад: П/О – пероральний, В/В – внутрішньовенний, В/К – внутрішньокістковий, В/М – внутрішньом’язевий, П/Ш – підшкірний, І/Н – інтраназальний).

У стовпці “Час” вказується час введення відповідного лікарського засобу.

У рядку “Анальгетик” вказується інформація щодо назви, дозування, шляху та часу введення лікарського засобу, застосованого з метою знеболення.

У рядку “Антибіотик” вказується інформація щодо назви, дозування, шляху та часу введення застосованого антибактеріального препарату.

У рядку “Інші” вказується інформація щодо назви, дозування, шляху та часу введення застосованих лікарських засобів, які не входять до категорій “Анальгетики” та “Антибіотики”.

5.20 Поле “Профілактика гіпотермії” позначається за умови проведення заходів щодо профілактики/лікування гіпотермії; поле “А” позначається за умови використання активних методів, “П” – пасивних методів.

5.21 У полі “Засіб” вказується тип або назва використаного засобу для профілактики/лікування гіпотермії.

5.22 Поле “Набір ЛЗ” позначається застосування лікарських засобів з аптечки медичної загальновійськової індивідуальної.

5.23 Поле “Щиток на око” позначається, якщо було застосовано щиток на око; поле “П” позначається за умови застосування з правої сторони, “Л” – з лівої сторони.

5.24 Поле “Імобілізація” позначається за умови проведення імобілізації. Додатково вписується анатомічна ділянка до котрої застосована імобілізація, тип або назва використаного засобу.

6. Пункт “Додаткова інформація”

6.1 Поле “Нотатки” використовується для запису додаткової інформації про постраждалого та/або проведеного лікування та маніпуляцій.

6.2 У полі “ПІБ” вказується прізвище та ім’я надавача допомоги.

6.3 У полі “ВЧ” вказується номер військової частини, де проходить службу надавач допомоги.

6.4 У полі “Дата” вказується дата надання допомоги у форматі дд.мм.рррр.

6.5 Поле “Підпис” використовується для особистого підпису надавача допомоги.

6.6 Якщо при оформленні картки надавачу не вистачило місця для документування потрібної інформації, можна прикріпити додаткову картку до вже заповненої картки та продовжувати записувати необхідну інформацію попередньо зазначивши на ній ПІБ постраждалого.

6.7 Достовірність інформації, внесеної в картку, надавач завіряє особистим підписом.

Пункти 5.3; 5.4; 5.10; 5.12; 5.13; 5.14; 5.17; 5.18 – вказані для заповнення пункти належать до компетенції медичного персоналу на вищих рівнях евакуації.

4.5. Використання м’яких, гнучких, жорстких та імпровізованих нош

На даний час особовий склад бойових підрозділів може бути забезпечений значним розмаїттям нош для переміщення (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 (рисунок 4.3) призначені для перенесення постраждалого. Представляють собою полотно з щільної тканини, прошите армуючими 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 постраждалого.

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

Евакуація постраждалого здійснюється ногами вперед. Це обумовлено тим, що за статистикою частіше падають ті, хто йдуть попереду, а також враховують і той фактор, що старший в групі “носіїв” повинен постійно візуально по обличчю оцінювати стан постраждалого і не відволікатись на дорогу.



Рисунок 4.3 – Ноші м'які

Гнучкі ноші – “ноші-волокуші” (рисунок 4.5) допомагають полегшити переміщення постраждалого. Для цього використовують пластикові ноші, а також за допомогою підручних матеріалів (наприклад, плащ-намет або ковдра).

Гнучкі ноші-волокуші мають кілька переваг, особливо в екстремальних умовах та при евакуації постраждалих у складних ландшафтах:

1. Універсальність – можуть використовуватися на різних поверхнях (сніг, пісок, лісова місцевість, гори). Переваги 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.

2. Компактність – легко складаються та займають мінімум місця при транспортуванні.

3. Легкість – виготовлені з легких, але міцних матеріалів, що полегшує їх перенесення.

4. Ергономічність – рівномірно розподіляють навантаження, що зменшує дискомфорт для потерпілого.

5. Стійкість до погодних умов – не вбирають вологу, стійкі до низьких температур.

6. Простота використання – дозволяють швидко закріпити постраждалого та транспортувати його навіть одній людині, що зменшує кількість військовослужбовців під час евакуації до мінімуму, не залучаючи велику групу під час евакуації.

7. Безпека – надійна фіксація пацієнта знижує ризик додаткових травм під час евакуації.

8. Можливість транспортування в будь-якому положенні – можна нести або тягнути постраждалого горизонтально, під нахилом чи навіть вертикально в обмежених умовах (наприклад, у вузьких проходах).

9. Сумісність з іншими рятувальними засобами – їх можна використовувати разом із мотузками, лебідками та навіть як підкладку для інших носів.

10. Додатковий захист постраждалого – матеріал може слугувати бар'єром від вітру, холоду або бруду.

11. Водонепроникність – у деяких моделях можливе транспортування по воді або болоту.

12. Висока вантажопідйомність – витримують великі навантаження, підходять навіть для евакуації людей у важкому спорядженні.

13. Легкість у дезінфекції – матеріали легко миються, що важливо для медичних і рятувальних операцій.



Рисунок 4.5 – Ноші-волокуші

Жорсткі складні носії (рисунок 4.4) є різних типів. Станом на 2025 рікуніфіковані санітарні носії знаходяться на оснащенні ЗС України. Санітарні носії мають довжину 2 м 21,5 см, ширину 55 см і висоту 16 см. Носії зберігають і переносять в згорнутому стані. Уніфіковані санітарні носії є табельним майном медичного пункту батальйону, а також необхідним майном всіх санітарних автомобілів.



Рисунок 4.4 – Ноші жорсткі

Для транспортування постраждалого найкраще користуватись спеціалізованим транспортом за сприятливої тактичної обстановки; за його відсутності, транспортування повинне здійснюватися за допомогою будь-яких доступних в конкретній ситуації засобів пересування. В найбільш несприятливих умовах постраждалого доводиться переносити на руках, на спеціалізованих або імпровізованих ношах, на брезенті тощо. Транспортування може тривати від кількох хвилин до кількох годин. Особа, яка надає допомогу, зобов'язана забезпечити правильне перенесення постраждалого, перекладання його з одного транспортного засобу на інший, надати тактичну догоспітальну допомогу

в дорозі, проводити заходи з попередження ускладнень, котрі можуть виникнути внаслідок транспортної іммобілізації, через вібрації та з інших причин.

При переміщенні постраждалих на ношах важливо слідкувати за тим, щоб його голова і шия знаходилися на одному рівні з тілом та щоб дихальні шляхи залишалися вільними.

Укладати на ноші постраждалого потрібно вдвох. Для цього ноші потрібно розмістити збоку від постраждалого, одному рятувнику потрібно однією рукою обхопити груди постраждалого, а іншою фіксувати голову, другому рятувнику однією рукою обхопити гомілку зверху а іншою рукою стегно знизу. Також можна перекладати постраждалого на м'які ноші, застосовуючи стабільне бокове положення, якщо немає підозри на травму шії, таза, хребта.

Постраждалих з підозрою на травми шії, таза, хребта, потрібно транспортувати тільки на транспортному медичному щиті, який за відсутності можна замінити довгою дерев'яною дошкою з обов'язковою фіксацією на ній постраждалого підручними засобами.

По рівній поверхні правильно переносити постраждалого на ношах ногами вперед. Тоді рятувник, що знаходиться збоку голови зможе контролювати стан постраждалого. Рятувники повинні йти короткими кроками,

не в ногу, запобігаючи струсам ношів. При спуску, постраждалого потрібно нести ногами вперед, а при підйомі навпаки – головою вперед. На крутих підйомах і спусках потрібно звертати особливу увагу на збереження горизонтального положення нош, для чого під час руху в гору піднімати задній кінець нош, а під час руху з гори – передній.

Завантаження постраждалого в транспорт відбувається головою вперед. Транспортування постраждалого проводиться на неспеціалізованому транспорті в положенні, яке дозволяє його стан (при відсутності протипоказів), а за сприятливої тактичної обстановки на спеціально обладнаному санітарному/медичному транспорті.

ЗАКЛЮЧНА ЧАСТИНА

Дотримуючись послідовності MARCH, виконуючи швидку оцінку постраждалих 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 евакуації задля забезпечення безперервності лікування. Допоможіть з організацією евакуації, щоб постраждалий якомога швидше отримав вичерпну медичну допомогу.

Постійно навчайся та покращуй свої знання і навички з тактичної догоспітальної допомоги.

Усі питання щодо цих довідкових матеріалів, надсилати за адресою:

03168, м. Київ, Повітрофлотський проспект, 6, до Командування Медичних Сил Збройних Сил України або “СЕДО М” – індекс 510, (контактний телефон розробників 33 872).

ДЛЯ ЗАМІТОК

[illegible]

ДЛЯ ЗАМІТОК

[illegible]

ДЛЯ ЗАМІТОК

[illegible]

