3. Питання для самоперевірки (самоконтролю) рівня засвоєння теоретичного навчального матеріалу
4. У чому полягає головна заповідь тактичної медицини згідно з концепцією TCCC, і чому спроба лікування поранення у невідповідний час є критичною помилкою?
5. Назвіть три стратегічні завдання, які одночасно вирішує рятувальник (комбатант) на полі бою, та яке з них є першочерговим?
6. Охарактеризуйте три тактичні зони (умови) надання домедичної допомоги: CUF (під вогнем), TFC (у польових умовах/в укритті) та TACEVAC (під час евакуації).
7. Якою є російська тактика подвійного удару (Double Tap), і як вона впливає на правила забезпечення безпеки рятувальника перед підходом до постраждалого?
8. Які критичні маніпуляції дозволено виконувати виключно на етапі Care Under Fire (CUF), і які медичні засоби з індивідуальної аптечки IFAK для цього задіюються?
9. Покроково розпишіть техніку та ергономіку швидкісного накладання турнікета вороткового типу однією рукою (на верхню кінцівку) та двома руками (на нижню кінцівку).
10. Розкрийте зміст акроніма MARCH та вкажіть жорстку послідовність ліквідації превентивних причин смерті на полі бою.
11. Що відноситься до «вузлових кровотеч» (junctional hemorrhages), чому на цих ділянках неможливо застосувати джгут, і яка техніка агресивної тампонади ран гемостатичними бинтами?
12. Які анатомо-фізіологічні особливості відновлення та забезпечення прохідності дихальних шляхів постраждалого без свідомості (етап Airway) за допомогою назофарингеального повітроводу?
13. Опишіть карту візуальних та акустичних ознак, що свідчать про розвиток відкритого пневмотораксу, та розкрийте алгоритм використання оклюзійних наліпок із клапаном.
14. Які діагностичні критерії вказують на розвиток смертельно небезпечного напруженого пневмотораксу, і на якій анатомічній ділянці проводиться голкова декомпресія грудної клітки?
15. У чому полягає небезпека «тріади смерті» (гіпотермія, ацидоз, коагулопатія) для пораненого з масивною крововтратою, і як працюють активні та пасивні засоби зігрівання?
16. Розкрийте сутність етапу PAWS у структурі вторинного огляду пораненого (Pain, Antibiotics, Wounds, Splinting).
17. Які правила та міжнародні стандарти заповнення картки постраждалого DD Form 1380 (TCCC Card), і куди її обов'язково фіксують перед евакуацією?
18. Опишіть правила безпечної біомеханіки для спини рятувальника під час підйому, перенесення та тактичної евакуації поранених одним або двома рятувальниками.

Відповіді

1. Головна заповідь : правильні дії у правильний час . Спроба надати повний обсяг допомоги під прямим вогнем противника призводить до загибелі або поранення самого рятувальника, отримання додаткових поранень постраждалим і зриву виконання бойового завдання. У бойових умовах тактична обстановка завжди диктує обсяг медичного втручання, а не навпаки.
2. Три стратегічні завдання на полі бою
3. Виконати бойове завдання (першочергове завдання). Перемога в бою та придушення ворога є найкращою медициною, оскільки усувають джерело загрози.
4. Запобігти появі нових втрат. Рятувальник повинен зберегти власне життя та життя побратимів, не перетворюючись на ще одного пораненого.
5. Врятувати життя пораненому. Медичні маніпуляції проводяться лише тоді і в тому обсязі, який дозволяє поточна тактична ситуація.
6. CUF (Care Under Fire) Допомога під прямим вогнем противника.Вогнева перевага, переміщення в укриття, самодопомога та зупинка критичної кровотечі з кінцівок турнікетом. TFC (Tactical Field Care)Допомога в польових умовах або в укритті без прямого вогневого контакту .Повний огляд і лікування за алгоритмом MARCH, підготовка до евакуації та моніторинг стану. TACEVAC (Tactical Evacuation Care)Допомога під час евакуації спеціальним або попутним транспортом . Поглиблена медична допомога, корекція попередніх втручань та інтенсивна терапія на шляху до стабілізаційного пункту.

4.Тактика подвійного удару полягає у завданні повторного удару по тій самій точці через кілька хвилин після першого влучання, коли туди прибувають рятувальники або групи евакуації. Перед виходом до постраждалого рятувальник зобов'язаний провести візуальну та акустичну розвідку неба на наявність дронів-розвідників чи FPV-дронів.Підхід здійснюється лише після оцінки обстановки, максимально приховано, із залученням засобів РЕБ або прикриття групи. На місці влучання виконується виключно швидке витягування пораненого в безпечне укриття без затримок для проведення огляду. 5.На етапі CUF дозволено виконувати лише одну медичну маніпуляцію — зупинку критичної кровотечі з кінцівок. Використовується виключно турнікет , накладений максимально високо поверх одягу.Будь-які інші маніпуляції на цьому етапі категорично заборонені. У першу чергу застосовується турнікет із аптечки самого пораненого, щоб рятувальник не втрачав власний засіб критичного порятунку.
6. Накладання однією рукою на верхню кінцівку .Дістаньте турнікет з підсумка і просуньте уражену руку в уже сформовану петлю. Протягніть турнікет максимально високо до пахвової западини, розмістивши пряжку на зовнішній стороні плеча. Візьміться за вільний кінець стропи і потягніть його в бік від себе до повної фіксації на руці. Обертайте вороток у будь-який бік до повної зупинки кровотечі та зникнення пульсу. Заведіть вороток у фіксуючу скобу , перекиньте поверх стропу та зафіксуйте білою липучкою, вказавши час накладання. Накладання двома руками на нижню кінцівку.Розстебніть стропу, проведіть її під стегном максимально високо до паху і

просуньте кінець у пряжку або надіньте петлю через стопу. Упріться однією рукою в основу пряжки, а іншою різко потягніть стропу вгору та вбік, прибираючи всі зазори між стрічкою та тілом. Щільно притисніть стропу до велкро-основи по колу кінцівки, не доходячи до фіксуючих ріжок. Закрутіть вороток до повної зупинки крові . Зафіксуйте вороток у скобі, закріпіть фіксуючу стрічку та запишіть точний час накладання.

7. M — Massive Hemorrhage (Масивна кровотеча). Зупинка критичних кровотеч з кінцівок турнікетом та вузлових кровотеч за допомогою тампонади і тиснучих пов'язок. A — Airway (Дихальні шляхи). Відновлення та підтримка прохідності дихальних шляхів. R — Respiration (Дихання). Огляд грудної клітки, герметизація відкритих поранень оклюзійними наліпками та декомпресія напруженого пневмотораксу. C — Circulation (Кровообіг). Повторна перевірка всіх турнікетів, зупинка некритичних кровотеч, забезпечення судинного доступу та інфузійна терапія при шоку. H — Hypothermia / Head Injury (Гіпотермія та черепно-мозкова травма). Зігрівання пораненого, ізоляція від холодної землі та контроль неврологічного статусу.

8.Вузлові кровотечі (junctional hemorrhages) — це масивні кровотечі з ділянок з'єднання кінцівок та голови з тулубом: шия, пахвові западини та пахові складки. У цих анатомічних зонах великі магістральні судини проходять глибоко під кістками та м'язами, тому циркулярний тиск звичайного турнікета не може притиснути судину до кістки. Техніка агресивної тампонади.Видаліть з рани згустки крові та намацайте пальцем місце витоку крові.Щільно заповнюйте рановий канал гемостатичним бинтом , заштовхуючи його прямо до джерела кровотечі і не відпускаючи тиск пальцями.Продовжуйте тампонувати рану шарами до її повного заповнення з невеликим виступом над рівнем шкіри.Виконайте прямий безперервний тиск обома руками на затампоновану рану протягом не менше 3 хвилин або 10 хвилин . Зафіксуйте тампон тугою тиснучою пов'язкою . 9. М'яка еластична трубка вводиться через ніздрю по нижньому носовому ходу до ротоглотки, створюючи фізичний канал між коренем язика та задньою стінкою глотки. Довжина трубки підбирається індивідуально за відстанню від кінчика носа до мочки вуха постраждалого. Трубку змащують лубрикантом і вводять у праву ніздрю зрізом до носової перегородки перпендикулярно до площини обличчя , плавно просуваючи до упору обмежувального кільця в ніздрю. Категорично заборонено встановлювати НФП при ознаках перелому основи черепа, оскільки трубка може потрапити в порожнину черепа

10. Наявність рани на грудній клітці, поява пінистої яскраво-червоної крові на вдиху або видиху , асиметрія грудної клітки, відставання ураженої половини в акті дихання, синюшність шкіри та задишка.Характерний звук присмоктування або свисту повітря, що проходить крізь рановий канал під час дихальних рухів. Алгоритм використання оклюзійної наліпки з клапаном: витріть кров, піт і бруд навколо рани рукавичкою або марлею для забезпечення герметичності.Зніміть захисну плівку з клейкої основи, намагаючись не торкатися липкої поверхні

руками. Попросіть пораненого зробити глибокий видих і щільно притисніть наліпку так, щоб клапан розташовувався прямо над отвором рани.Розгладьте краї наліпки від центру до периферії та перевірте спину пораненого на наявність вихідного отвору.

11.Напружений пневмоторакс розвивається, коли повітря потрапляє в плевральну порожнину, але не може вийти назад, створюючи критичний тиск, який здавлює легеню, серце та великі судини. Діагностичні критерії:наростаюча, важка задишка та прискорене дихання.Зниження або повна відсутність дихальних шумів на ураженому боці грудної клітки. Асиметрія грудної клітки та випинання міжреберних проміжків на боці ураження.Ознаки декомпенсованого шоку .Набухання шийних вен, синюшність верхньої половини тулуба та зміщення трахеї в здоровий бік. Анатомічні ділянки для голкової декомпресії: 5-те міжребер'я по передній пахвовій лінії .Альтернативна ділянка 2-ге міжребер'я по середньоключичній лінії.

12. Гіпотермія (переохолодження): через втрату теплої крові температура тіла падає навіть у спекотну погоду. При температурі нижче 35 °C ферменти системи згортання крові перестають працювати. Коагулопатія (порушення згортання крові):холод та вимивання факторів згортання призводять до того, що кров втрачає здатність утворювати тромби, і кровотеча поновлюється.Ацидоз (закислення крові): через нестачу кисню клітини переходять на анаеробний обмін із виділенням молочної кислоти. Висока кислотність блокує роботу серця та ще сильніше пригнічує згортання крові. Принцип дії засобів зігрівання.Пасивні засоби (термоковдри, рятувальні покривала).Активні засоби (хімічні грілки, термоковдри з нагрівальними елементами)
13. Етап PAWS • P — Pain (Знеболення)-цінка інтенсивності болю та введення анальгетиків для запобігання больовому шоку. Залежно від стану пораненого та наявності шоку використовують таблетований набір, фентаніл або кетамін. • A — Antibiotics (Антибіотики)-рофілактика ранової інфекції та сепсису при будь-яких відкритих ранах на полі бою. Використовують таблетовані препарати або ін'єкційні, якщо поранений не може ковтати. • W — Wounds (Рани): Огляд усіх раніше накладених пов'язок та турнікетів на предмет відновлення кровотечі. Очищення та перев'язка дрібних ран і опіків, які не загрожували життю на першому етапі. • S — Splinting (Іммобілізація): Фіксація переломів, вивихів та значних пошкоджень м'яких тканин за допомогою шин (наприклад, SAM Splint). Це зменшує біль, запобігає пошкодженню судин і нервів уламками кісток та знижує ризик жирової емболії.
14.

Картка постраждалого DD Form 1380 (TCCC Card) — це уніфікований міжнародний медичний документ стандарту НАТО для передачі інформації про пораненого на наступні етапи евакуації. Правила заповнення:заповнюється перманентним водостійким маркером , щоб записи не розмилися від крові, дощу чи поту.Ідентифікаційні дані пораненого , час та механізм поранення .На силуеті тіла

позначаються місця поранень, вхідні та вихідні отвори, місця опіків. Фіксується час накладання турнікетів , частота пульсу, дихання, рівень свідомості за шкалою AVPU та показники пульсоксиметрії.Зазначається точна назва медикаменту, дозування, шлях введення (в/в, в/м, перорально) та точний час.Картку обов'язково надійно закріплюють на видному місці на одязі чи спорядженні пораненого. Найчастіше її фіксують у лівій верхній кишені кітеля , на лівому плечі або прив'язують до спорядження на грудях, щоб медики евакуаційної бригади могли миттєво її знайти.

15.Під час евакуації пораненого у повному спорядженні (вага якого може сягати 100–130 кг) неправильна техніка підйому призводить до важких травм хребта у самого рятувальника. Основні правила біомеханіки:підйом виконується виключно за рахунок розгинання сильних м'язів стегон та сідниць. Спина при цьому залишається прямою, без скручувань у попереку.Тримайте пораненого максимально близько до власного тулуба. Чим далі вантаж від осі хребта, тим більше навантаження на міжхребцеві диски. Ноги мають бути розставлені на ширині плечей для створення широкої та стійкої площі опори. Перед підйомом спершу посадіть пораненого, підтягніть його до себе, а потім піднімайтеся плавно, без різких ривків. У тактичних умовах заміна підйому на волочіння за евакуаційну стропу бронежилета або використання евакуаційних нош-волокуш суттєво знижує вертикальне навантаження на хребет.Рятувальники повинні мати приблизно однаковий зріст і виконувати підйом, перенесення та опускання пораненого одночасно за чіткою голосовою командою одного лідера.