ПРАКТИЧНА РОБОТА № 4

«Повний огляд за MARCH та алгоритмом PAWS: боротьба з шоком, гіпотермією та фіксація травм кінцівок».

1. Чому відсутність пульсу на променевій артерії за умови його наявності на сонній артерії є критичною діагностичною ознакою геморагічного шоку?

Відсутність пульсу на променевій артерії при збереженні пульсації на сонній свідчить про критичне падіння систолічного артеріального тиску нижче 80–90 мм рт. ст. та перехід організму в стадію декомпенсації геморагічного шоку

2. Опишіть три складові частини «Тріади смерті» при бойовій травмі. Як рятувальник може розірвати це патологічне коло?

«Тріада смерті» (летальна тріада) при бойовій травмі — це замкнене патологічне коло, яке складається з гіпотермії, метаболічного ацидозу та коагулопатії. Ці три стани виникають на тлі масивної крововтрати та шоку, взаємно посилюють один одного і без вчасного втручання призводять до швидкої загибелі пораненого.

- **Зупинка масивної кровотечі (розрив ланки коагулопатії та крововтрати).** Негайне накладання турнікета, туге тампонування рани гемостатичними бинтами та використання тиснучих пов'язок зберігають власну кров пораненого, фактори згортання та тепло.
- **Забезпечення прохідності дихальних шляхів та дихання (боротьба з ацидозом).** Відновлення прохідності дихальних шляхів, герметизація відкритих поранень грудної клітки (оклюзійні наліпки) та декомпресія напруженого пневмотораксу покращують надходження кисню до тканин. Це зупиняє анаеробний обмін і зменшує накопичення молочної кислоти.
- **Агресивна профілактика та лікування гіпотермії (розрив ланки холоду).** Рятувальник має ізолювати пораненого від холодної землі, зняти мокрий одяг, укутати в термоковдру або спеціальний рятувальний мішок із джерелами активного тепла (хімічними грілками), не чекаючи появи тремтіння.
- **Правильна інфузійна терапія та медикаментозна підтримка (для медиків та бойових рятувальників).** Слід уникати переливання великих об'ємів холодних кристалоїдних розчинів (наприклад, фізрозчину), оскільки вони розбавляють фактори згортання (гемодилюція) та охолоджують пацієнта. Замість цього застосовують раннє введення транексамової кислоти (ТХА) для стабілізації тромбів та переливання підігрітої цільної крові або її компонентів.
- **Швидка евакуація.** Чим швидше поранений потрапить до хірургічного етапу для остаточної зупинки внутрішніх кровотеч, тим вищі шанси зупинити розвиток незворотних змін.

3. У яких клінічних випадках під час огляду за алгоритмом MARCH конверсія (заміна) раніше накладеного турнікета суворо ЗАБОРОНЕНА?

Під час огляду за алгоритмом MARCH (на етапі **C — Circulation**) конверсія (заміна) турнікета на тампонаду з тиснучою пов'язкою або гемостатичний бинт **суворо заборонена** у п'яти основних випадках згідно з протоколами TCCC:

- **Травматична ампутація кінцівки.** У разі повної або майже повної ампутації кінцівки вище рівня кисті чи стопи іншими методами надійно зупинити кровотечу з магістральних судин неможливо.
- **Тривалість накладання понад 6 годин.** Якщо турнікет перебуває на кінцівці більше 6 годин, знімати чи послаблювати його на догоспітальному етапі смертельно небезпечно через ризик

реперфузійного синдрому (масивного викиду токсинів у кровотік) та незворотного некрозу тканин.

- **Ознаки декомпенсованого шоку.** Якщо у пораненого присутні ознаки вираженого геморагічного шоку (наприклад, відсутність пульсу на променевій артерії, порушення свідомості через крововтрату), втрата навіть невеликого об'єму крові під час спроби конверсії може призвести до зупинки серця.
- **Неможливість постійного нагляду за пораненим.** Конверсія заборонена, якщо медик або рятувальник не може безперервно контролювати рану на предмет відновлення кровотечі (наприклад, під час активного бою, транспортування в складних умовах або при великій кількості поранених).
- **Проведення конверсії особою без відповідної підготовки.** Згідно з протоколами тактичної медицини, ухвалювати рішення про заміну турнікета та виконувати цю маніпуляцію має право лише підготовлений фахівець (бойовий медик або лікар), а не сам поранений чи боєць-рятувальник базового рівня.

Крім того треба враховувати час накладання :

- **До 2 годин** — конверсія є найбільш безпечною і рекомендованою за умови стабільного стану пораненого.
- **Від 2 до 6 годин** — конверсія все ще можлива, але виконується лише за наявності достатньої кваліфікації медика та можливості інтенсивного спостереження за пораненим через підвищений ризик ускладнень.

4. Яку форму та профіль необхідно надати гнучкій шині SAM Splint перед її фіксацією на зламаній кінцівці, щоб забезпечити максимальну жорсткість каркаса?

Щоб забезпечити максимальну жорсткість каркаса гнучкої шини **SAM Splint**, їй необхідно надати **Т-подібний профіль (T-Curve)**.

5. Чому заповнена Картка постраждалого має кріпитися виключно на видному місці на тілі або спорядженні пораненого, а не ховатися в його кишеню чи рюкзак?

Заповнена **Картка постраждалого (Форма 002/о або картка TCCC)** має кріпитися виключно на видному місці, щоб забезпечити миттєвий доступ медиків до критично важливої інформації без затримки на обшук речей. Це дозволяє швидко оцінити стан пораненого та уникнути смертельних помилок під час надання допомоги на наступних етапах евакуації.