Тактична медицина (TCCC): Зупинка масивних кровотеч, використання турнікетів та огляд пораненого

Питання 1. Чому джгут-турнікет не можна ховати всередину підсумка аптечки IFAK та закривати на блискавку?

Заборона ховати турнікет всередину закритого підсумка аптечки обумовлена критичним фактором часу та фізіологією масивної артеріальної кровотечі в умовах бою:

- **Критичний фактор часу (Правило 30–60 секунд):** При пораненні великих магістральних артерій (наприклад, стегнової) людина втрачає свідомість від гіповолемічного шоку вже через 30–45 секунд, а повноцінний знекроплюючий летальний кінець настає протягом 1,5–3 хвилин. Час, витрачений на відкривання блискавки аптечки, є смертельно небезпечним затриванням.
- **Втрата дрібної моторики та забруднення:** В умовах стресу, болю, поранення власних рук, закривавлених долонь або роботи в рукавицях розстебнути дрібну блискавку підсумка стає практично неможливим.
- **Швидкий доступ для побратима:** Турнікет повинен бути в зоні прямої видимості та миттєвого доступу будь-якою рукою (лівою чи правою) як для самого пораненого, так і для побратима, який надає допомогу.

> **СТАНДАРТ РОЗМІЩЕННЯ ТУРНІКЕТА**
> Турнікет має розміщуватися на зовнішній підвісці підсумка, на бронежилеті або розвантажувальній системі в спеціальному відкритому підсумку (або зафіксований еластичними гумками), у маркованому місці, доступному для обох рук.

Питання 2. Дії у разі продовження пульсуючої кровотечі з рани на стегні після максимального закручування воротка

Якщо після максимального закручування воротка турнікета та його фіксації у ріжках кров із рани на стегні продовжує пульсувати або витікати:

• Негайна дія: Накласти другий турнікет з IFAK пораненого одразу вище першого (притискаючи його впритул до першого турнікета вище по кінцівці, ближче до тулуба).
• Причина та обґрунтування: Стегно має товстий шар м'язів і жирової тканини, а стегнова артерія розташована глибоко. Одиночний турнікет може не повністю перетиснути судину, особливо у фізично розвиненого бійця або поверх щільної форми. Другий турнікет створює додаткову широку зону компресії, що гарантовано перекриває кровотік.

Питання 3. Чому перед початком закручування воротка необхідно максимально сильно затягнути велкро-стропу?

Максимально сильне попереднє затягування стропи з липучкою (велкро) є запорукою ефективності турнікета з наступних причин:

- **Запобігання «холостому ходу» воротка:** Якщо стропа затягнута слабко, перші 2–3 оберти воротка витрачатимуться лише на вибірання слабини стропи, а не на перетискання артерії.
- **Зменшення болю та зусиль:** Правильно затягнута стропа дозволяє повністю перекрити кровотік всього за 1,5–2 оберти воротка. При слабкій стропі доведеться крутити вороток 4–5 разів, що збільшує ризик його поломки та спричиняє додатковий біль пораненому.
- **Гарантія повної оклюзії:** Нарівномірне чи слабке затягування стропи створює ефект джгутування, при якому перетискаються лише вени, а артеріальний тиск продовжує виштовхувати кров, що посилює кровотечу.

Питання 4. Мета перевірки пахових та підпахових зон та особливості зупинки кровотечі з цих ділянок

1. Для чого перевіряються пахові та підпахові зони: Ці ділянки є критичними узловим зонами (Junctional areas), де проходять великі судинні пучки (пахові та підключичні/пахвові артерії). Вони не захищені бронепластинами й часті вразливі для уламків та кульових поранень.

2. Особливість зупинки кровотечі з узлових зон: На пахові та підпахові ділянки НЕМОЖЛИВО накласти стандартний кінцівковий турнікет (CAT/SOF-T), оскільки там немає анатомічної можливості обхопити кінцівку стропою.

- **Основний метод зупинки кровотечі:** Проведення прямого пальцевого притискання артерії з наступним щільним тампонуванням рани (Wound Packing) гемостатичним бинтом (або звичайним стерильним бинтом) та безперервним прямим тиском на рану протягом 3–5 хвилин, після чого накладається тиснуча пов'язка або використовується вузловий турнікет (JAI / SAM Junctional Tourniquet).

Питання 5. Інформація для продублювання на маркуванні турнікета або на лобі постраждалого у разі масових втрат

У разі масових втрат (Triage / сортування) та медичної евакуації, крім обов'язкового часу накладання турнікета (наприклад, «Т-14:35»), на білій наліпці турнікета або на лобі постраждалого маркером (буквою «Т» або «TQ») дублюється наступна інформація:

- **Кількість накладених турнікетів:** Наприклад, «TQ x2» або «2 ТУРНІКЕТИ», щоб медики евакуації одразу бачили всі точки зупинки кровотеч під одягом чи ковдрою.
- **Анатомічна локалізація / Скрон:** Вказівка кінцівки, на яку накладено джгут (наприклад, «Т-ЛН» — ліва нога, «Т-ПР» — права рука).
- **Введені знеболювальні / Медикаменти:** Позначка про введення опіоїдних анальгетиків чи знеболювальних із «Pill Pack» (наприклад, «Морфін 14:40» або «Fentanyl 14:45»).
- **Сортувальна категорія (Triage category):** Буквене чи кольорове позначення пріоритету евакуації (наприклад, «RED» / «НЕГАЙНІ», «YELLOW» / «ТЕРМІНОВІ»).

ДУБЛЮВАННЯ ІНФОРМАЦІЇ НА ЛОБІ (ТК/TQ)

Написання часу та літери «Т» (з кількістю та часом) на лобі пораненого незмивним маркером є критичним захистом від випадкового пропуску турнікета при транспортуванні пораненого, особливо якщо кінцівка накрита термоковдрою або зимовим одягом.