ТЕМА 4. ДОМЕДИЧНА ДОПОМОГА

ЛЕКЦІЯ 5.
Основи домедичної допомоги

Кількість годин: 2 год.

Мета лекції: Сформувати у здобувачів вищої освіти систему глибоких теоретичних знань та стійких ментальних моделей про засади надання домедичної допомоги в умовах бойових дій та надзвичайних ситуацій; детально вивчити концепцію та специфіку тактичних умов (допомога під загрозою – CUF, допомога в польових умовах – TFC, допомога під час евакуації – TACEVAC); дослідити склад, призначення та правила використання засобів індивідуальної аптечки IFAK; вивчити види кровотеч та механізми їх зупинки за допомогою турнікетів; розкрити анатомо-фізіологічні особливості забезпечення прохідності дихальних шляхів, специфіку травм грудної клітки, кінцівок та внутрішніх органів; розглянути поняття травматичного шоку, «смертельної тріади» та засади медичної евакуації..

ПЛАН ЗАНЯТТЯ

1. Основи та засадничі принципи надання домедичної допомоги в умовах бойових дій та при надзвичайних ситуаціях. Тактичні умови: допомога під загрозою (Care under fire/Threat, CUF) та допомога в польових умовах (Tactical Field Care, TFC). Дотримання правил особистої та колективної безпеки.
2. Індивідуальна аптечка (IFAK): детальний огляд складу, призначення та правила використання кожного медичного засобу. Профілактика захворювань і травматизму в польових умовах.
3. Класифікація та види кровотеч. Механізми швидкої зупинки критичних масивних кровотеч за допомогою засобів вороткового типу (турнікетів).
4. Анатомо-фізіологічні особливості забезпечення прохідності дихальних шляхів при пораненнях та втраті свідомості. Особливості поранень грудної клітки, травм кінцівок та внутрішніх органів. Поняття травматичного шоку в польових умовах та смертельна небезпека гіпотермії (переохолодження).
5. Основи та категорії медичної евакуації. Правила безпеки при переміщенні постраждалих та взаємодія з медичним персоналом.

ВСТУП

У структурі загальної компетентності «здатність до національного спротиву» володіння навичками домедичної допомоги посідає одне з провідних місць. Статистичний аналіз сучасних збройних конфліктів свідчить, що значна частина втрат на полі бою належить до категорії так званої превентивної смерті (preventable death) – тобто смерті від поранень, які не були абсолютно смертельними, але призвели до загибелі людини через несвоєчасне або неправильне надання першої допомоги.

Надання допомоги під час ведення бойових дій або при ліквідації наслідків терактів, ракетних обстрілів і техногенних аварій кардинально відрізняється від алгоритмів класичної цивільної медицини катастроф. Головним чинником, що визначає логіку рятувальних дій, є тактична обстановка. Спроба провести складні медичні маніпуляції у зоні прямого вогневого чи іншого ураження неминуче веде до загибелі як самого постраждалого, так і рятувальника. Сучасні стандарти тактичної допомоги, інтегровані в програму національного спротиву, базуються на жорсткому підпорядкуванні медичних протоколів вимогам безпеки й тактичної доцільності, перетворюючи кожного громадянина на ефективну ланку загальнодержавної системи порятунку життів.

1. ОСНОВИ ТА ЗАСАДНИЧІ ПРИНЦИПИ НАДАННЯ ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ БОЙОВИХ ДІЙ ТА ПРИ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ. ТАКТИЧНІ УМОВИ: ДОПОМОГА ПІД ЗАГРОЗОЮ (CUF) ТА ДОПОМОГА В ПОЛЬОВИХ УМОВАХ (TFC). ДОТРИМАННЯ ПРАВИЛ ОСОБИСТОЇ ТА КОЛЕКТИВНОЇ БЕЗПЕКИ

1.1. Специфіка тактичної медицини та концепція TCCC

Базовим стандартом надання допомоги на полі бою у провідних країнах світу та в Силах оборони України є протокол **TCCC (Tactical Combat Casualty Care)**. Його головна філософська та практична заповідь, сформульована військовими хірургами, зазначає: *«Хороша медицина в поганій ситуації може стати причиною додаткових втрат»*. Це означає, що неправильний вибір часу для лікування поранення є таким же небезпечним, як і відсутність лікування взагалі.

В умовах екстремальної загрози рятувальник (стрілець, боєць ДФТГ, побратим) перестає бути просто медичним суб'єктом. Він є комбатантом, який одночасно вирішує три стратегічні завдання:

1. **Виконати бойове завдання:** Вогневе придушення супротивника або ліквідація джерела небезпеки є пріоритетом. Найкращим медичним засобом на полі бою є вогнева перевага підрозділу.

2. **Запобігти появі нових поранених:** Необдумані дії рятувальника, який біжить до постраждалого на відкриту ділянку під вогнем, призводять до збільшення кількості жертв та виснаження медичних ресурсів підрозділу.

3. **Зберегти життя постраждалому:** Надання допомоги чітко дозується та обмежується ліквідацією лише тих критичних чинників, які здатні вбити людину в найближчі хвилини.

1.2. Правила особистої та колективної безпеки рятувальника

Головне правило безпеки: живий рятувальник – це шанс на порятунок пораненого, мертвий рятувальник – це додаткова катастрофа для підрозділу.

Перед початком будь-яких маніпуляцій рятувальник зобов'язаний провести швидку оцінку безпеки периметра (360 градусів). Якщо поранення сталося внаслідок артилерійського обстрілу, ракетного прильоту чи вибуху міни, існує критична загроза повторних ударів (російська тактика «Double Tap» – повторний удар по місцю прибуття рятувальників) або наявності інших вибухонебезпечних предметів (ВНП) та мін-пасток.

У червоній зоні (CUF) підхід до пораненого дозволений лише після наказу командира, придушення вогневих точок ворога або встановлення димової завіси. Обов'язковим є використання засобів індивідуального захисту: бронежилета (не нижче 4-6 класу захисту), балістичного шолома, захисних окулярів, що захищають очі від первинних осколків, та щільних тактичних рукавичок, які також виконують бар'єрну функцію захисту від інфекцій, що передаються через кров постраждалого.

1.3. Розподіл допомоги за тактичними зонами (умовами)

Міжнародні протоколи та вітчизняне законодавство чітко ділять процес надання домедичної допомоги на три послідовні етапи, кожен з яких має свій унікальний медико-тактичний регламент (рис. 1).



Рисунок 1. Етапи надання допомоги за тактичними умовами (TCCC)

2. ІНДИВІДУАЛЬНА АПТЕЧКА (IFAK): ДЕТАЛЬНИЙ ОГЛЯД СКЛАДУ, ПРИЗНАЧЕННЯ ТА ПРАВИЛА ВИКОРИСТАННЯ КОЖНОГО МЕДИЧНОГО ЗАСОБУ. ПРОФІЛАКТИКА ЗАХВОРЮВАНЬ І ТРАВМАТИЗМУ В ПОЛЬОВИХ УМОВАХ

2.1. Концепція комплектування аптечки IFAK

IFAK (Individual First Aid Kit) – це суворо стандартизований індивідуальний медичний набір, який кожен учасник спротиву та військовослужбовець зобов'язаний носити на своєму спорядженні (плитоносці, розвантажувальній системі чи ремені) у зоні, яка однаково доступна як правій, так і лівій руці.

Головна юридична та практична заповідь використання аптечки: **допомога пораненому завжди надається виключно З ЙОГО ВЛАСНОЇ аптечки IFAK**. Використовувати засоби зі своєї особистої аптечки для допомоги побратиму суворо заборонено, оскільки у випадку вашого власного поранення ви залишитеся без засобів порятунку. Власна аптечка IFAK є недоторканним ресурсом самодопомоги.

2.2. Детальний аналіз та правила застосування вмісту IFAK

Комплектація аптечки IFAK повністю підпорядкована концепції боротьби з трьома головними причинами превентивної смерті на полі бою: масивною кровотечею (60% смертей), непрохідністю дихальних шляхів (асфіксією – 6% смертей) та напруженим пневмотораксом (33% смертей від травм грудей) (рис. 2-3, табл. 1).



Рисунок 2. Аптечка медична загальновійськова індивідуальна

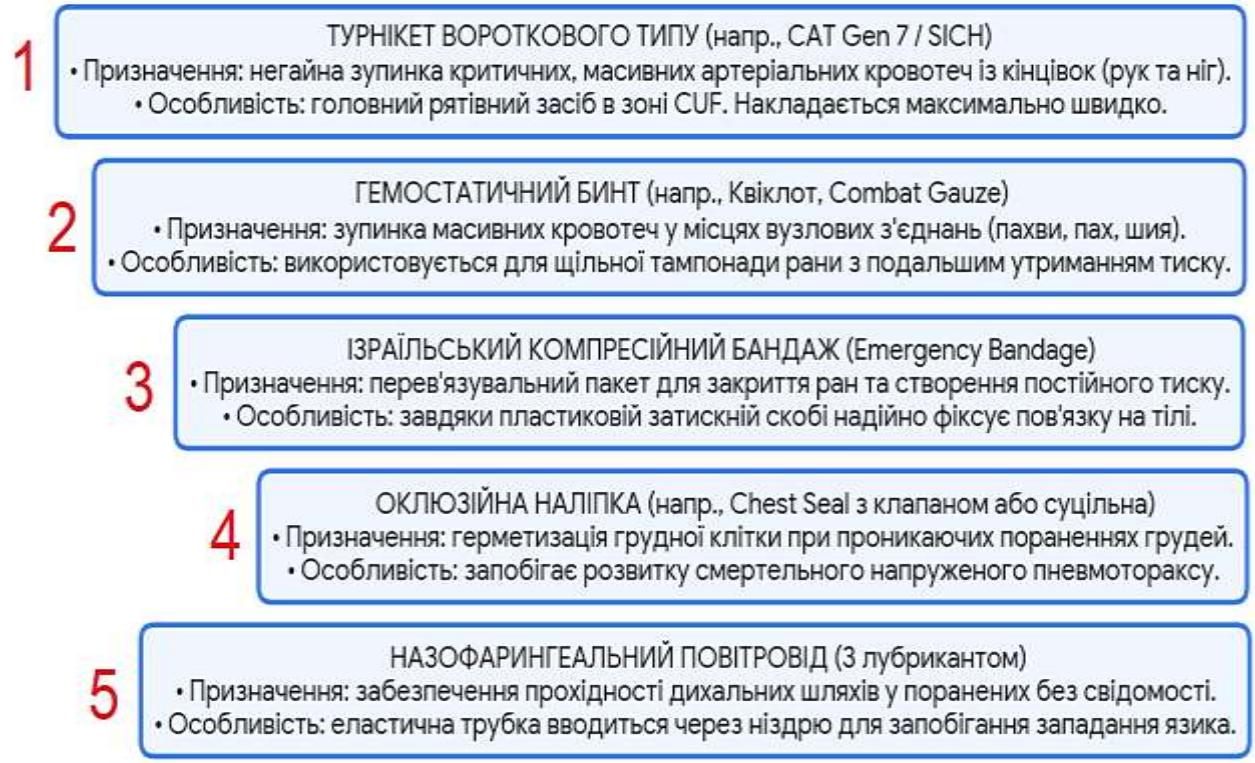


Рисунок 3. Склад та функціональне призначення основних медичних засобів індивідуальної аптечки IFAK

Таблиця 1. Склад індивідуальної аптечки IFAK та призначення її засобів

Назва медичного засобу	Функціональне призначення у тактичній медицині	Правила та особливості застосування
Турнікет воротkового типу	Зупинка критичних, масивних артеріальних кровотеч із кінцівок (рук та ніг).	Накладається у зоні CUF «високо і туго» поверх одягу, у зоні TFC – на 5-7 см вище рани на оголену шкіру.
Гемостатичний бинт	Зупинка масивних кровотеч у місцях вузлових з'єднань (пахви, пах, шия), де турнікет накласти неможливо.	Використовується для щільної тампонади рани. Обов'язково утримується тиск руками на рану протягом 3-5 хвилин.
Ізраїльський бандаж	Перев'язувальний компресійний пакет для закриття ран кінцівок та тулуба.	Створює постійний тиск на рану завдяки спеціальній пластиковій затискній скобі (Pressure Bar).
Оклюзійна наліпка	Герметизація грудної клітки при проникаючих пораненнях (попередження напруженого пневмотораксу).	Буває двох типів: суцільна та з клапаном (для виходу повітря та крові з плевральної порожнини).
Назофарингеальний повітровід	Забезпечення прохідності дихальних шляхів у поранених без свідомості.	Еластична трубка, яка змащується лубрикантом і вводиться через ніздрю в носоглотку для запобігання западання язика.
Гідрогелева протиопікова серветка	Перша допомога при термічних, хімічних чи фосфорних опіках.	Охолоджує рану, знижує біль, захищає від інфікування.
Термоковдра	Профілактика та боротьба з гіпотермією (переохолодженням).	Тонка металізована плівка, яка відбиває до 90% тепла людського тіла. Поранений має бути загорнутий повністю.
Атравматичні ножиці	Швидке розрізання одягу, взуття та елементів спорядження пораненного.	Мають закруглені кінці, що повністю унеможливлює додаткове поранення шкіри постраждалого під час зрізання одягу.

2.3. Профілактика захворювань та небойового травматизму в польових умовах

В автономних польових умовах або при тривалому перебуванні в укриттях під час кризових ситуацій соматичні інфекційні захворювання можуть вивести з ладу більше людей, ніж безпосередній вплив зброї.

Профілактика включає комплекс санітарно-гігієнічних заходів:

- **Гігієна рук та посуду:** Регулярне використання спиртових антисептиків та індивідуальних вологих серветок. Дезінфікування індивідуального казанка та ложки.
- **Очищення води:** Споживання води з неперевірених джерел (криниці, відкриті водойми в зоні руйнувань) суворо заборонено без хімічного очищення за допомогою спеціальних таблеток на основі сполук хлору (наприклад, «Аквабріс», «Пантоцид») або портативних фільтрів.
- **Догляд за ногами та профілактика «траншейної стопи»:** «Траншейна стопа» – це форма обмороження та інфекційного ураження шкіри ніг, що виникає внаслідок тривалого (понад 24 години) перебування стопи у вологому, холодному середовищі без руху в щільному взутті. Профілактика вимагає щоденного миття або протирання ніг насухо, регулярної зміни шкарпеток на сухі (мінімум раз на добу) та використання спеціальних підсушуючих присипок (тальк, теймурова паста).

3. КЛАСИФІКАЦІЯ ТА ВИДИ КРОВЕТЕЧ. МЕХАНІЗМИ ШВИДКОЇ ЗУПИНКИ КРИТИЧНИХ МАСИВНИХ КРОВЕТЕЧ ЗА ДОПОМОГОЮ ЗАСОБІВ ВОРОТКОВОГО ТИПУ (ТУРНІКЕТІВ)

3.1. Класифікація кровотеч за типом судин та ступенем загрози

Кровотеча є причиною понад **60% усіх превентивних смертей** на полі бою. Швидкість дій рятувальника визначає, чи виживе поранений, адже при пошкодженні великих артерій (стегнова, плечова) людина може померти від критичної втрати крові всього за **60-90 секунд**.

За анатомічною класифікацією кровотечі поділяють на:

- **Капілярні:** Незначне просочування крові, загрози для життя не становлять, зупиняються самостійно.
- **Венозні:** Темно-вишнева кров витікає рівномірним, безперервним струменем. Зупиняється тиснучою пов'язкою (бандажем).
- **Артеріальні:** Яскраво-червона (червона) кров виривається з рани потужним пульсуючим струменем або фонтаном, відповідно до ритму серцебиття.

У тактичній медицині (протокол MARCH) головне практичне значення має поділ кровотеч на **масивні (критичні)**, які вбивають людину миттєво, та **немасивні**.

Обов'язковими маркерами (ознаками) масивної кровотечі є:

1. Калюжа крові, яка стрімко збільшується під пораненим на землі.
2. Одяг постраждалого, який повністю і швидко просякає кров'ю наскрізь.
3. Пляма крові на одязі, в центрі якої видно пульсуючий струмінь або фонтан.
4. Повна або часткова травматична ампутація кінцівки (руки чи ноги) вище рівня кисті чи стопи.
5. Поранений перебуває в стані ступору або без свідомості на тлі поранення кінцівок.

3.2. Механізм застосування турнікета вороткового типу (CAT / Sich тощо)

Турнікет – це головний засіб порятунку життя в зоні CUF. Рятувальник повинен чітко розрізняти два тактичні алгоритми його накладання, залежно від умов обстановки (табл. 2).

Таблиця 2. Два алгоритми накладання вороткового турнікета кінцівок

Тактична зона / Умови	Місце накладання турнікета	Техніка та правила виконання маніпуляції
Зона «Під вогнем» (CUF)	**Високо і туго** (у верхній третині стегна або плеча).	Накладається поверх одягу. Точне місце рани шукати заборонено через вогневу загрозу. Стропа затягується максимально щільно, вороток закручується до повної зупинки кровотечі та зникнення пульсу.
Зона «В укритті» (TFC)	**На 5-7 см вище рани** (на оголену шкіру).	Якщо під час огляду в укритті виявлено точне місце масивної кровотечі, турнікет накладається безпосередньо вище рани, але не на суглоб (коліно чи лікоть). Після накладання обов'язково пишеться точний час на білому ремінці (Time).

3.3. Переоцінка та конверсія турнікета в укритті

Переоцінка турнікета – це критично важливий етап надання допомоги, який виконується виключно в безпечній зоні (TFC), коли безпосередня загроза життю від вогню ліквідована, а первинна масивна кровотеча зупинена (рис. 4). **Конверсія** – це процес заміни раніше накладеного «високо і туго» турнікета на альтернативні засоби (тампонаду та компресійний бандаж) або переміщення його нижче, ближче до рани.

Часові рамки конверсії турнікета (Патофізіологічний регламент):

- **До 2 годин з моменту накладання:** Конверсія є абсолютно безпечною і має бути виконана якомога швидше за наявності медичних показань.
- **Від 2 до 6 годин:** Конверсія залишається можливою, але потребує підвищеної обережності та оцінки загального стану пацієнта.
- **Понад 6 годин: Конверсію проводити суворо заборонено!** Через тривалу відсутність кисню в кінцівці починається некроз тканин та накопичення токсинів. Швидке послаблення турнікета через 6 годин призведе до миттєвого викиду токсинів у загальний кровотік (розвиток **синдрому тривалого здавлення / краш-синдрому**), гострої ниркової недостатності, шоку та смерті пораненого. У цьому випадку турнікет залишають затягнутим до операційного столу хірургічного шпиталю.

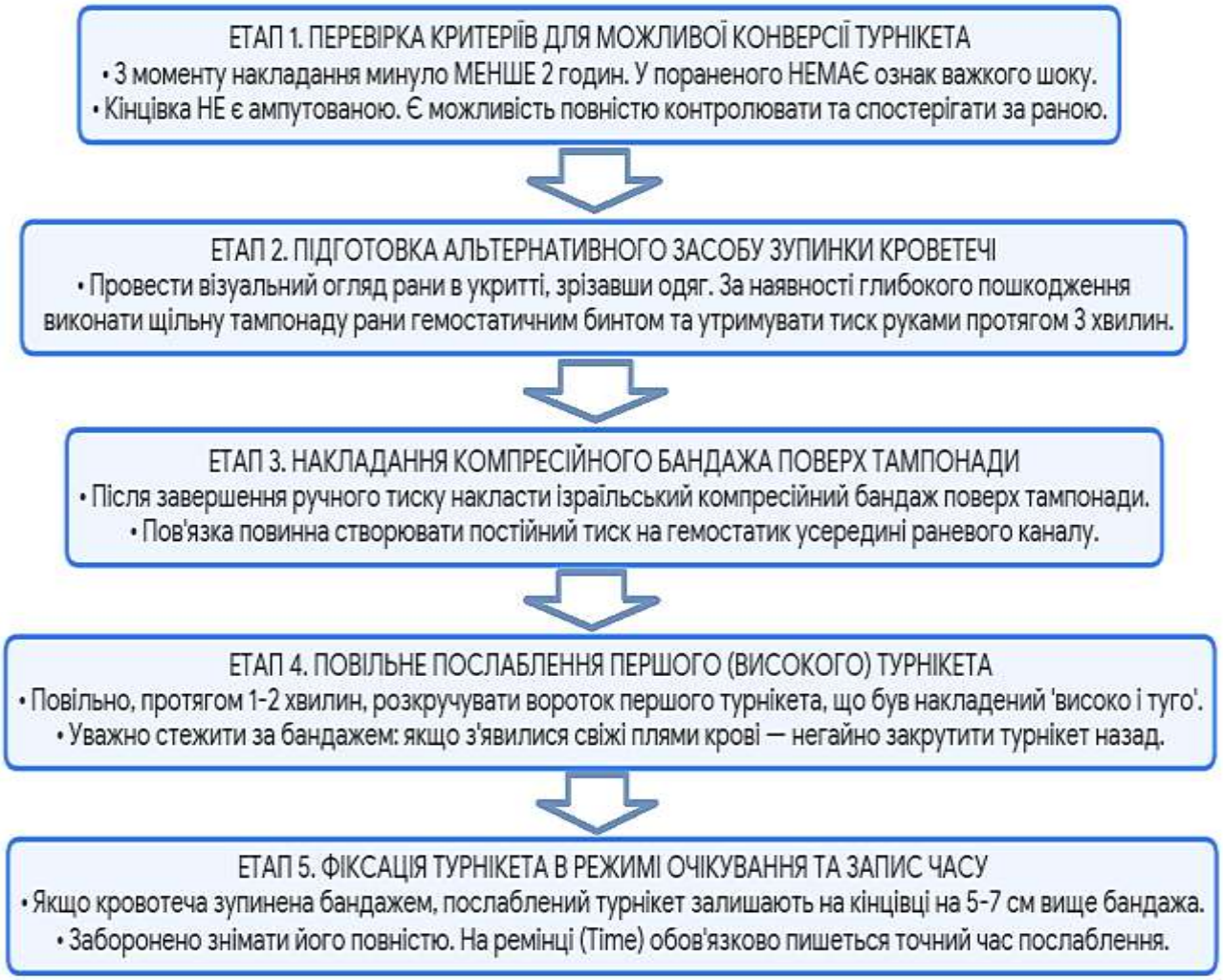


Рисунок 4. Тактичний алгоритм та правила проведення переоцінки і конверсії раніше застосованих засобів зупинки кровотечі

4. АНАТОМО-ФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРОХІДНОСТІ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ ПРИ ПОРАНЕННЯХ ТА ВТРАТІ СВІДОМОСТІ. ОСОБЛИВОСТІ ПОРАНЕНЬ ГРУДНОЇ КЛІТКИ, ТРАВМ КІНЦІВОК ТА ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ. ПОНЯТТЯ ТРАВМАТИЧНОГО ШОКУ В ПОЛЬОВИХ УМОВАХ ТА СМЕРТЕЛЬНА НЕБЕЗПЕКА ГІПОТЕРМІЇ (ПЕРЕОХОЛОДЖЕННЯ)

4.1. Алгоритм MARCH як основа допомоги в укритті

У зоні «В укритті» (TFC) вся допомога будується за суворим, послідовним міжнародним алгоритмом **MARCH**, де кожна літера означає пріоритетність ліквідації загроз:

- **M – Massive Bleeding (Масивна кровотеча):** Зупинка критичних кровотеч (турнікети, тампонада).
- **A – Airway (Дихальні шляхи):** Перевірка та забезпечення прохідності дихальних шляхів.
- **R – Respiration (Дихання):** Закриття ран грудної клітки, боротьба з пневмотораксом.
- **C – Circulation (Циркуляція):** Повний огляд на наявність немасивних кровотеч, оцінка пульсу, лікування шоку.
- **H – Hypothermia / Head injury (Гіпотермія / Травма голови):** Профілактика переохолодження.

4.2. Анатомо-фізіологічні особливості забезпечення прохідності дихальних шляхів

Коли людина внаслідок поранення чи масивної крововтрати втрачає свідомість (впадає в кому), у неї виникає повне розслаблення (атонія) скелетних м'язів, включаючи м'язи нижньої щелепи та корінь язика. Якщо такий поранений залишається лежати на спині, **корінь язика під дією сили тяжіння неминуче западає назад, щільно перекриваючи вхід до гортані та трахеї**. Виникає механічна обтураційна асфіксія (задуха), і людина без поранення легень помирає від кисневого голодування за 4-5 хвилин.

Алгоритм відновлення прохідності дихальних шляхів:

1. **Очищення ротової порожнини:** Рятувальник двома пальцями, обмотаними серветкою чи бинтом, швидко очищує рот пораненного від крові, уламків зубів, блювотних мас чи сторонніх предметів.
2. **Маневр виведення щелепи:** Застосовується закидання голови назад із підніманням підборіддя або (якщо є підозра на травму шийного відділу хребта) обережне виведення нижньої щелепи вперед двома руками за її кути.
3. **Стабільне бокове положення (Відновне положення):** Якщо поранений не приходить до тями, але дихає самостійно, його обов’язково перевертають на бік. У такому положенні западання язика є анатомічно неможливим, а кров чи блювотні маси вільно витікають з рота назовні, не потрапляючи в легені.
4. **Використання назофарингеального повітроводу:** Якщо дихання залишається ускладненим (чути хрипи, сипіння), в носоглотку пораненного через праву ніздрю вводиться м'яка еластична трубка з аптечки IFAK, яка створює штучний вільний канал для повітря в обхід западаючого язика.

4.3. Проникаючі поранення грудної клітки та пневмоторакс

Поранення грудей кулями чи осколками призводять до руйнування цілісності міжреберних м’язів та пристінкової плеври. Виникає **відкритий пневмоторакс**. Оскільки в плевральній порожнині людини в нормі тиск є негативним (нижчим за атмосферний), під час кожного вдиху атмосферне повітря з шумом засмоктується через рану всередину грудної клітки. Легеня з боку поранення миттєво спадається (виникає ателектаз) і вимикається з процесу дихання. Така рана демаскує себе візуально: з неї виділяється кривава піна, яка видає характерний звук «свисту», «хлюпання» або «всмоктування» під час дихальних рухів.

Якщо рану терміново не герметизувати, відкритий пневмоторакс швидко трансформується у смертельний **напружений пневмоторакс**. Це стан, при якому шматок зруйнованої тканини або одягу всередині рани починає діяти як односторонній клапан: під час вдиху повітря заходить у плевральну порожнину, але під час видиху не може вийти назовні. Тиск усередині грудної клітки стрімко зростає. Атмосферне повітря повністю стискає легеню, починає зміщувати органи середостіння (серце, трахею) в протилежний (здоровий) бік. Це призводить до перегину та перетискання верхньої та нижньої порожнистих вен. Кров перестає повертатися до серця, виникає гостра серцево-судинна недостатність, і поранений помирає за лічені хвилини.

Лікування на домедичному етапі: Негайна герметизація раневого отвору за допомогою **оклюзійної наліпки з клапаном** з аптечки IFAK. Рятувальник зобов'язаний провести повний огляд грудної клітки, обов'язково перевіряючи пахвові ділянки та спину на наявність вихідного отвору рани (правило: «знайшов одну рану грудей – шукай другу»). При виявленні вихідного отвору на спині на нього накладається друга (як правило, суцільна) оклюзійна наліпка.

4.4. Травматичний шок та «Смертельна тріада» пораненного

Травматичний (геморагічний) шок – це важкий, загрозливий для життя патологічний стан, який виникає внаслідок масивної крововтрати та сильного больового подразнення нервової системи. Через різке зниження об'єму циркулюючої крові (ОЦК) серце не може підтримати необхідний тиск, і організм входить у стан системного кисневого голодування (гіпоксії) тканин.

Класичні ознаки розвитку шоку у пораненного:

- Шкіра обличчя та губ стає блідою, синюшною, холодною на дотик і покривається липким потом.
- Пульс стає ниткоподібним (дуже слабким за наповненням), але критично частим — **понад 100-120 ударів на хвилину**.
- Дихання часте, поверхневе, переривчасте.
- Зміни ментального стану: спочатку людина може бути збудженою, а потім стає апатичною, загальмованою, мляво відповідає на питання або повністю втрачає свідомість.

Геморагічний шок на полі бою запускає розвиток патофізіологічного феномену, відомого як **«Смертельна тріада» (Lethal triad)**. Якщо цей процес не зупинити, поранення призведе до смерті, навіть якщо кровотечу вже повністю зупинено турнікетом.

Смертельна тріада включає три взаємопов'язані чинники:

1. **Гіпотермія (переохолодження):** Падіння внутрішньої температури тіла пораненого нижче **35°C**. Втрата крові означає втрату тепла. Поранений втрачає здатність до терморегуляції дуже швидко, навіть якщо на вулиці спекотне літо або людина перебуває в теплому приміщенні. Зниження температури тіла всього на 1 градус блокує активність ферментів, відповідальних за згортання крові.
2. **Ацидоз:** Зсув кислотно-лужного балансу крові в кислу сторону через кисневе голодування тканин і накопичення молочної кислоти. Ацидоз додатково руйнує серцеву діяльність.
3. **Коагулопатія:** Порушення системи гемостазу. Кров повністю втрачає здатність утворювати тромби. Будь-які, навіть дрібні внутрішні чи зовнішні кровотечі стають незупинними.

Головна протидія тріаді на домедичному етапі: Після зупинки кровотечі та забезпечення дихання пораненого необхідно **негайно максимально утеплити**. З нього зрізають мокрий одяг, під нього підкладають каремат чи куртку (ізоляція від землі) та повністю загортають у металізовану **термоковдру** з аптечки IFAK, заклеюючи її краї скотчем для створення герметичного теплового кокона.

5. ОСНОВИ ТА КАТЕГОРІЇ МЕДИЧНОЇ ЕВАКУАЦІЇ. ПРАВИЛА БЕЗПЕКИ ПРИ ПЕРЕМІЩЕННІ ПОСТРАЖДАЛИХ ТА ВЗАЄМОДІЯ З МЕДИЧНИМ ПЕРСОНАЛОМ

5.1 Категорії та види тактичної евакуації

Медична евакуація – це плановий, чітко організований процес переміщення пораненого з поля бою або з епіцентру надзвичайної ситуації до спеціалізованого медичного закладу (військового шпиталю чи цивільної лікарні).

У тактичній медицині (протоколи TCCC) виділяють дві основні категорії евакуаційного транспорту:

- **CASEVAC (Casualty Evacuation):** Евакуація, що здійснюється за допомогою **неспеціалізованого, підручного чи бойового транспорту**, який є в наявності у підрозділу на цей момент поруч (бойові машини піхоти БМП/БТР, вантажівки, бронеавтомобілі «Козак»/«Новатор», або звичайні цивільні позашляховики). Особливість: цей транспорт не має стаціонарного медичного обладнання та лікарів, допомогу під час руху продовжує надавати стрілець-рятувальник.
- **MEDEVAC (Medical Evacuation):** Евакуація, яка здійснюється за допомогою **спеціалізованого медичного транспорту** (санітарні реанімобілі, броньовані медичні машини M113, спеціальні гелікоптери). Він повністю комплектується апаратами ШВЛ, моніторами пацієнта, дефібриляторами, а евакуацію супроводжує професійна бригада військових медиків.

За рівнем терміновості (пріоритетності) поранені діляться на три категорії:

1. *Urgent (Невідкладні):* Поранені з масивними кровотечами, травмами дихальних шляхів, напруженим пневмотораксом, важким шоком. Потребують евакуації протягом **2 годин**.
2. *Priority (Термінові):* Поранені з компенсованими травмами кінцівок без критичної кровотечі, закритими переломами, травмами очей. Термін евакуації – до **4 годин**.
3. *Routine (Планові):* Поранені з легкими ушкодженнями, струс мозку, незначні опіки. Можуть чекати евакуації до **24 годин**.

5.2. Правила безпеки при переміщенні та підготовці до евакуації

Під час переміщення пораненного на тактичних ношах або за допомогою евакуаційних лямок рятувальники суворо дотримуються правил безпеки:

- **Зброя пораненого:** Перед переміщенням особисту стрілецьку зброю пораненного обов'язково розряджають, від'єднують магазин, перевіряють патронник, ставлять на запобіжник і фіксують на його ремені або передають старшому евакуаційної групи. Гренати та вибухові пристрої вилучаються з його розвантажувальної системи.
- **Візуальний контроль турнікетів:** Накладені турнікети на кінцівках мають бути **абсолютно відкритими для огляду**. Категорично заборонено ховати турнікет під штани, замотувати його компресійним бинтом чи повністю накривати термоковдрою. Під час тряски в автомобілі CASEVAC турнікет може послабитися, і рятувальник повинен миттєво побачити пляму свіжої крові.

5.3. Взаємодія з медичним персоналом: стандарт доповіді MIST та 9-Line MEDEVAC

Під час прибуття евакуаційного транспорту MEDEVAC або при передачі пораненного лікарям шпиталю, рятувальник не має права кричати або сіяти хаос. Він повинен передати медикам лаконічну, структуровану інформацію про пацієнта за міжнародним стандартом **MIST**:

• **M** – **Mechanism of injury (Механізм поранення):** Що саме сталося (наприклад: *«мінно-вибухова травма внаслідок прильоту КАБ»* або *«кульове поранення з АК-74»*).

• **I** – **Injury sustained (Виявлені поранення):** Які анатомічні зони ушкоджені (наприклад: *«відкритий перелом правого стегна, проникаюча рана грудей праворуч»*).

• **S** – **Signs (Життєві ознаки):** Параметри пацієнта (наприклад: *«дихання прискорене, пульс на радіальній артерії слабкий 110 уд/хв, свідомість відсутня»*).

• **T** – **Treatment given (Надана допомога):** Що конкретно було зроблено (наприклад: *«Накладено турнікет СІЧ на праве стегно о 10:15, кровотеча зупинена; на рану грудей накладено оклюзійну наліпку Halo; пацієнт загорнутий у термоковдру»*).

Для виклика евакуаційного транспорту через засоби радіозв'язку старший групи використовує офіційний стандартизований рапорт НАТО – **9-Line MEDEVAC Request**, де перші 5 ліній є критично обов'язковими для вильоту/виїзду медиків (координати місця, частота радіостанції, кількість поранених за категоріями, необхідне спеціальне обладнання, тип безпеки на майданчику).

ВИСНОВКИ

1. **Надання допомоги в тактичних умовах** жорстко підпорядковане бойовій обстановці. Протокол TCCC ділить процес на три чіткі етапи (CUF, TFC, TACEVAC), де на першому місці завжди стоїть вогнева безпека рятувальника та команди.

2. **Індивідуальна аптечка IFAK –** це персональний засіб порятунку життя, укомплектований під ліквідацію трьох головних причин превентивної смерті. Допомога пораненому завжди надається виключно з його власної аптечки.

3. **Масивна артеріальна кровотеча** є головною причиною превентивної смерті, яка вбиває людину за 60-90 секунд. Єдиним ефективним засобом її ліквідації під вогнем є негайне накладання вороткового турнікета «високо і туго».

4. **Успішна зупинка кровотечі –** це лише половина справи. Рятувальник зобов'язаний забезпечити прохідність дихальних шляхів у пораненого без свідомості, закрити поранення грудей оклюзійною наліпкою та негайно захистити людину від гіпотермії за допомогою термоковдри для запобігання розвитку «смертельної тріади».

КОНТРОЛЬНІ ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. На які три послідовні етапи (зони) ділиться процес надання допомоги згідно з міжнародними стандартами TCCC?
2. Яка єдина медична маніпуляція дозволена для виконання безпосередньо у зоні «Під вогнем» (CUF)?
3. З чиєї аптечки IFAK рятувальник зобов'язаний надавати допомогу пораненому побратиму чи цивільному громадянину?
4. Назвіть три головні причини превентивної смертності на полі бою, під які укомплектована аптечка IFAK.
5. Які зовнішні ознаки та маркери вказують на наявність у постраждалого масивної (критичної) кровотечі кінцівок?
6. У чому полягає різниця в правилах накладання вороткового турнікета у зоні CUF та у зоні TFC?
7. Чому пораненого, який перебуває без свідомості, але дихає самостійно, суворо заборонено залишати лежати на спині?
8. До яких смертельних наслідків для організму пораненого призводить розвиток напруженого пневмотораксу грудної клітки? Який медичний засіб IFAK використовується для його лікування?
9. Які три небезпечні чинники утворюють «смертельну тріаду» в ході розвитку важкого травматичного шоку? За допомогою яких дій рятувальник бореться з цим станом?
10. Розкрийте зміст та структуру міжнародного стандарту доповіді MIST під час передачі пораненого.