ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ ОСНОВИ ТАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ (TCCC)

Детальні відповіді на контрольні питання протоколу Tactical Combat Casualty Care

1. Головна заповідь тактичної медицини TCCC та помилка невідповідного лікування

Головна заповідь тактичної медицини (TCCC): «Хороша медицина може бути поганою тактикою» (Good medicine can be bad tactics). Своєчасне відкриття вогню у відповідь та вогнева перевага є найкращими ліками на полі бою (The best medicine on the battlefield is Fire Superiority).

> **КРИТИЧНА ПОМИЛКА НЕВІДПОВІДНОГО ЧАСУ:**
> Спроба лікування поранення у невідповідний час (під вогнем противника без придушення ворожих точок) є критичною помилкою з таких причин:
> 1. Ризик збільшення санітарних втрат: Рятувальник, який зупиняється для надання медичної допомоги у зоні ураження, стає нерухомою і легкою мішенню. Це майже неминуче призводить до його поранення або загибелі (перетворення 1 поранення на 2 і більше).
> 2. Втрата вогневої переваги: Відволікання бійців від ведення вогню зменшує загальну вогневу потужність підрозділу, що дозволяє ворогу оточити або знищити групу.
> 3. Погіршення стану потерпілого: Отримання повторних поранень бійцем або рятувальником під час маніпуляцій знижує шанси на виживання обидвох.

2. Три стратегічні завдання комбатанта на полі бою

Під час виконання бойового завдання боєць/рятувальник одночасно вирішує три стратегічні завдання:

1. **Виконати бойове завдання (Fulfill the Mission):** Зберегти боєздатність підрозділу та нейтралізувати ворожу загрозу.
2. **Запобігти виникненню нових втрат (Prevent Further Casualties):** Забезпечити безпеку бійців, придушити вогонь противника, перемістити пораненого в укриття.
3. **Надати допомогу пораненому (Treat the Casualty):** Надати необхідну медичну допомогу відповідно до актуального етапу (зони) TCCC.

> **ПЕРШОЧЕРГОВЕ ЗАВДАННЯ:**
> Першочерговим завданням є ВИКОНАННЯ БОЙОВОГО ЗАВДАННЯ та ЗДОБУТТЯ ВОГНЕВОЇ ПЕРЕВАГИ. Якщо підрозділ програє бій, надати допомогу та евакуювати поранених буде неможливо.

3. Характеристика тактичних зон надання домедичної допомоги

Тактична зона	Обставини та загрози	Обсяг медичної допомоги
CUF (Care Under Fire)	Бій триває, рятувальник і поранений перебувають під	• Вогонь у відповідь. • Наказати пораненому вести

Допомога під вогнем	прямим вогнем противника. Головне джерело небезпеки — ворожий обстріл.	вогонь/вкритися (якщо в свідомості). • Накладання турнікета САМОМУ СОБІ або рятувальником ВІКЛЮЧНО при критичній кровотечі з кінцівок. • Швидке переміщення в укриття.
TFC **(Tactical Field Care)** **Допомога в польових умовах**	Бійці знаходяться в укритті або поза зоною прямого прицільного вогню противника. Загроза залишається (непрямий вогонь, артилерія, БПЛА).	• Повний огляд за протоколом MARCH / PAWS. • Контроль кровотеч (тампонада, відновлення турнікетів). • Відновлення дихальних шляхів (НПВ). • Закриття ран грудної клітки (оклюзійні наліпки). • Запобігання гіпотермії, знеболення, антибіотики.
TACEVAC **(Tactical Evacuation Care)** **Допомога під час евакуації**	Поранений перебуває на борту транспортного засобу (бронетехніка, вертоліт, медичний автомобіль), що рухається до госпіталю.	• Розширений моніторинг (пульсоксиметрія, моніторинг тиску). • Повторний огляд за MARCH. • Підтримка дихання, інфузійна терапія (гемотрансфузія/плазма). • Документування стану в картці TCCC (DD Form 1380).

4. Тактика «подвійного удару» (Double Tap) та безпека рятувальника

Сутність тактики «Double Tap» (Подвійний удар): Це підступна тактика ворога, яка полягає у завданні повторного артилерійського, ракетного удару або атаки БПЛА/дронами по тому самому місцю через 5–15 хвилин після першого влучання. Мета — свідоме знищення медиків, рятувальників та побратимів, які прибули для надання допомоги та евакуації поранених.

Вплив на правила безпеки рятувальника:

- Обов'язкова витримка паузи: Не бігти до місця вибуху негайно. Оцінити ситуацію та витримати контрольний час, щоб переконатися у відсутності повторного удару чи чергування розвідувального/скидового БПЛА.
- Моніторинг повітряного простору: Залучати спостерігача з аналізатором частот (РЕБ/детектор дронів) та візуальним контролем неба перед виходом на відкриту ділянку.
- Мінімізація скупчення: До пораненого виходить мінімально необхідна кількість бійців (1 рятувальник/тягар). Група евакуації залишається в укритті до підготовки пораненого.

- Максимальне використання укриттів: Використовувати рельєф місцевості, бронетехніку та димові завіси для підходу.

5. Маніпуляції та засоби IFAK на етапі Care Under Fire (CUF)

Виключні маніпуляції на етапі CUF: Єдиною медичною маніпуляцією, яка дозволена та виконується на етапі під вогнем, є **зупинка критичної масивної кровотечі з кінцівок за допомогою турнікета** (накладання «високо і тісно» / High & Tight поверх одягу).

Задіювані засоби з IFAK: Використовується **ВІКЛЮЧНО турнікет з аптечки ПОРАНЕНОГО** (CAT, SoftT, SICH тощо). Власний турнікет рятувальника залишається для резерву та власного поранення. Усі інші елементи IFAK (бинти, повітроводи, наліпки) застосовуються тільки в зоні TFC!

6. Техніка та ергономіка швидкісного накладання турнікета

6.1. Накладання однією рукою (на верхню кінцівку — Self-Aid)

1. Витягти турнікет з підсумка або кріплення однією рукою (робочою або вцілілою).
2. Продіти поранену руку в петлю турнікета (або розстебнути пряжку, охопити руку та застебнути, якщо петля не надягається).
3. Розмістити турнікет «високо і тісно» (High & Tight) у верхній третині плеча біля пахви.
4. МАКСИМАЛЬНО МІЦНО затягнути стропу (залишок стропи не повинен пропускати більше 1-2 пальців) та надійно зафіксувати липучку Velcro.
5. Обертати вороток (важіль) до повної зупинки кровотечі та зникнення пульсу на периферії (зазвичай 2-3 оберти).
6. Зафіксувати вороток у С-подібному фіксаторі (скобі).
7. Обернути залишок стропи через вороток та зафіксувати білою стрічкою фіксації. Запишіть час накладання при переході в зону TFC.

6.2. Накладання двома руками (на нижню кінцівку — Buddy-Aid / Self-Aid)

1. Дістати турнікет, відкрити пряжку (розстебнути стропу з пряжки).
2. Охопити стегно пораненного якомога вище (у паховій ділянці / High & Tight) під кутом, застебнути стропу назад у пряжку.
3. Двома руками протягнути та МАКСИМАЛЬНО ЖОРСТКО витягнути вільний кінець стропи, прибравши найменшу слабину, та зафіксувати Velcro навколо ноги.
4. Обертати вороток двома руками до повної зупинки кровотечі. Через більшу масу м'язів стегна може знадобитися більше обертів або накладання другого турнікета поруч (вище першого).
5. Заблукати вороток у фіксаторі, закрити білою стрічкою, перевірити відсутність пульсу на стопі.

7. Акронім MARCH та послідовність ліквідації причин смерті

Акронім MARCH — це міжнародний алгоритм обстеження та надання допомоги пораненому в зоні TFC, впорядкований за пріоритетом загрози для життя:

Буква	Значення (Англ / Укр)	Жорсткі дії та пріоритет
M	Massive Hemorrhage Масивна кровотеча	Зупинка критичних кровотеч (турнікети, гемостатична тампонада пахових/пахвових ран, тиснучі пов'язки). Пріоритет №1!
A	Airway Дихальні шляхи	Перевірка та забезпечення прохідності ДШ (поворот у стабільне бокове положення, назофарингеальний повітровід, крікотиреотомія).
R	Respiration Дихання	Закриття відкритих ран грудної клітки (оклюзійні наліпки з клапаном), декомпресія напруженого пневмотораксу голкою.
C	Circulation Кровообіг	Огляд на приховану кровотечу, оцінка пульсу/шоку, повторна перевірка турнікетів, доступ до вен/кістки, гемотрансфузія.
H	Hypothermia / Head Гіпотермія / ЧМТ	Попередження охолодження (термоковдра, заміна мокрого одягу), огляд на ЧМТ, знеболення, антибіотики.

8. Вузлові кровотечі (Junctional Hemorrhages) та агресивна тампонада

Вузлові кровотечі (Junctional Hemorrhages) — це масивні кровотечі з ділянок анатомічних «з'єднань» (пахвові западини, пахові складки, шия, сідниці), де магістральні артерії проходять близько до поверхні, але анатомічно затягнути стандартний кінцівковий джгут/турнікет неможливо.

Чому неможливо застосувати джгут:

У цих зонах відсутній кістковий важіль або анатомічне звуження кінцівки для механічного перетискання судини турнікетом (джгут просто сповзе або не охопить ділянку).

Техніка агресивної тампонади гемостатичним бинтом:

1. Прямий тиск: Притиснути джерело кровотечі пальцями/кулаком безпосередньо в глибині рани до кістки.
2. Сформувати «якір»: Зробити з початку бинта (QuikClot/Celox/Combat Gauze) щільний ком і проштовхнути його безпосередньо на пошкоджену судину.
3. Послідовне заповнення: Методом «гармошки» щільно заповнити весь об'єм рани, утрамбовуючи кожен шар пальцями. Рана повинна бути заповнена вище рівня шкіри.

4. Безперервний тиск: Здійснювати сильний прямотиск вагою тіла протягом 3 ХВИЛИН (для гемостатика) або 10 ХВИЛИН (для звичайного бинта).

5. Фіксація: Накласти тиснучу пов'язку (бандаж/еластичний бинт через тулуб/протилежну кінцівку).

9. Анатомо-фізіологічні особливості відновлення ДШ за допомогою НПВ

Анатомічна проблема непритомного пораненого: У стані непритомності відбудеться повне розслаблення (м'язовий атонус) язика та м'якого піднебіння. Язик западає назад і обтурує (перекриває) вхід до гортані, спричиняючи механічну асфіксію та смерть.

Техніка встановлення назофарингеального повітроводу (NPA):

1. Підбір розміру: Виміряти довжину повітроводу від кінчика носа пораненого до мочки вуха (або козелка).

2. Підготовка та змащення: Змастити повітровод лубрикантом на водній основі (є у комплекті IFAK) або слиною пораненого.

3. Введення: Поставити голову пораненого у нейтральне положення. Вводити повітровод у Праву ніздрю (зрізом до міжносової перегородки) перпендикулярно до обличчя (не вгору по носі, а вздовж піднебіння назад).

4. Якщо відчувається опір: Не форсувати! Покрутити повітровод або витягти та спробувати ввести через ліву ніздрю (при введенні в ліву ніздрю зріз також повертають до перегородки).

5. Фіксація: Просунути до упору фланця в ніздрю. Перевірити наявність видиху через трубку та рух грудної клітки.

6. Позиціонування: Перевести пораненого у стабільне бокове положення (Recovery Position) для запобігання аспірації блювотними масами чи кров'ю.