**ТЕМА 1. Поняття про першу медичну допомогу та її обсяги**

**ПЛАН ЛЕКЦІЇ**

1.1. Юридичні та психологічні аспекти надання в Україні домедичної і медичної допомоги

1.2. Відповідальність за ненадання невідкладної (домедичної та медичної) допомоги

1.3. Протоколи домедичної допомоги та їх відмінності

1.4. Алгоритми надання невідкладної допомоги постраждалим поліцейськими на місці події

* 1. **Юридичні та психологічні аспекти надання в Україні (домедичної та медичної) допомоги**

Дефініція «медична допомога» використовується у багатьох міжнародних нормативно-правових актах, причому не має єдиного значення. Так, у Конвенції про мінімальні норми соціального забезпечення, ухваленій у Женеві 28 червня 1952 р. (ст. 1, 2), цей термін прирівнюється до поняття медичного обслуговування [18], в Європейській соціальній хартії, підписаній у Страсбурзі 3 травня 1996 р. (ст. 11-13), – до поняття «медичні послуги» [19], в Європейській конвенції про соціальну та медичну допомогу, укладеній у Парижі 11 грудня 1953 р. (ст. 1, 8-17), він ототожнюється з поняттями «медичного лікування при гострому захворюванні або короткострокового медичного лікування» [20; 24].

У статті 10 Європейського кодексу соціального забезпечення, прийнятого у Страсбурзі 16 квітня 1964 р. (частина II), зазначається, що «медична допомога спрямована на підтримання, відновлення чи поліпшення стану здоров'я захищеної особи та її спроможності працювати і задовольняти свої особисті потреби і включає:

a) допомогу лікаря загального профілю та допомогу лікаря-спеціаліста, яка може надаватися у лікарні та поза її межами, в тому числі ставлення необхідних діагнозів та проведення обстеження, а також допомогу вдома;

b) допомогу, яка надається іншими фахівцями, які можуть бути законно визнані такими, що мають відношення до медицини, під наглядом лікаря або іншого кваліфікованого фахівця;

c) забезпечення основними лікарськими засобами, призначених лікарями чи іншими кваліфікованими фахівцями;

d) перебування в лікарні чи будь-якому іншому медичному закладі;

e) стоматологічну допомогу, включаючи необхідні зубні протези;

f) медичну реабілітацію, включаючи забезпечення, утримання та відновлення протезів і ортопедичних виробів, а також медичну допомогу, яку може бути призначено;

g) забезпечення транспорту для пацієнта» [21].

У Конвенції про медичну допомогу та допомогу у разі хвороби, прийнятій у Женеві 25 червня 1969 р. (п. 1, 3), та однойменній Рекомендації, ухваленій там само і того ж дня (ст. 7-12, 34), зазначається, що термін «медична допомога» вживається у понятті лікувального або профілактичного характеру та включає також пов'язані з нею послуги; вона надається з метою збереження, відновлення або покращання здоров'я особи, що підлягає забезпеченню, а також її працездатності й здатності задовольняти свої особисті потреби.

Так, стаття 13 цієї Конвенції зазначає, що термін «медична допомога» щонайменше включає:

a) загальну лікарську допомогу, включаючи допомогу вдома;

b) допомогу, що надається спеціалістами стаціонарним або амбулаторним хворим, або допомогу спеціалістів, яка може надаватися поза лікарнею;

c) видачу необхідних медикаментів за рецептом лікаря або іншого кваліфікованого спеціаліста;

d) госпіталізацію у разі необхідності;

e) стоматологічну допомогу, як це встановлено національним законодавством;

f) медичну реабілітацію, серед іншого – надання, ремонт і заміна протезів або ортопедичних пристроїв, як це встановлено національним законодавством [22].

Основний Закон України у ст. 3 визнає людину, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпеку найвищою соціальною цінністю в Україні, а ст. у 49 – гарантує кожній людині право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Держава створює умови для ефективного і доступного (безоплатного) для всіх громадян медичного обслуговування у державних і комунальних закладах охорони здоров'я [1]. Відповідно до офіційного тлумачення ст. 49 Конституції України у Рішенні Конституційного Суду № 10-рп/2002 від 29.05.2002, зміст поняття *«медична допомога» у лінгвістичному розумінні – це сприяння, підтримка в чому-небудь; захист кого-небудь, порятунок у біді; певний вплив, що дає потрібні наслідки, приносить полегшення, користь, у т.ч. і лікування* [2323].

Термін «медична допомога» широко вживається у національному законодавстві України, однак його визначення мають певні суперечливості, а цілісна правова дефініція цього поняття у законах України відсутня і потребує нормативного врегулювання. Зокрема, термін «домедична допомога» найчастіше у національному законодавстві використовується як синонім «долікарської допомоги». Конституція України передбачає надання лише такого виду допомоги, як медична, проте не забороняє можливості надання громадянам медичних послуг, які виходять за межі медичної допомоги – так званих «медичних послуг другорядного значення» та «парамедичних послуг». Так, в Україні щільно обговорюється питання про потребу реформування бригад швидкої допомоги у «парамедичну службу», яку складатимуть екстрений медичний технік і парамедик – фельдшери, які пройшли відповідну підготовку чи перепідготовку [24].

У правовому значенні термін «медична допомога» вживається у 16 преамбулі, статтях 4, 16, 25, 33, 37, 52, 58, 60, 78 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (далі – Основи законодавства України про охорону здоров'я) [25]. Статті 33, 35, 58, 67, 68, 77 Основ визначають основні складові медичної допомоги (швидка, невідкладна, первинна, спеціалізована, високоспеціалізована тощо). В Основах законодавства України про охорону здоров'я визначено правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров’я в Україні, регулюються суспільні відносини в цій галузі з метою забезпечення гармонійного розвитку фізичних та духовних сил, високої працездатності і довголітнього активного життя громадян, усунення факторів, що шкідливо впливають на здоров’я, попередження і зниження захворюваності, інвалідності та смертності, поліпшення спадковості.

Основи законодавства України про охорону здоров'я регулюють суспільні відносини у цій сфері з метою попередження і зниження захворюваності, інвалідності та смертності тощо. Тож, у ст. 5 Основ загальним обов'язком державних, громадських або інших органів, підприємств, установ, організацій, посадових осіб і громадян визначено забезпечення пріоритетності охорони здоров'я у власній діяльності та у межах своєї компетенції надання допомоги потерпілим від нещасних випадків, сприяння працівникам органів і закладів охорони здоров'я в їх діяльності, а також виконання інших обов'язків, передбачених законодавством.

Враховуючи, що Національна поліція України – це центральний орган виконавчої влади, який служить суспільству шляхом забезпечення охорони прав і свобод людини (ст. 1 Закону України «Про Національну поліцію»), цей обов’язок також стосується і її підрозділів, які у сфері охорони здоров'я повинні вжити всіх передбачених Законом України «Про екстрену медичну допомогу» заходів для забезпечення надання екстреної медичної допомоги іншим особам, які знаходяться у невідкладному стані (п. «в» ст. 10 Основ), у тому числі іноземцям та особам без громадянства, які постійно проживають на території України, особам, яких визнано біженцями або особами, які потребують додаткового захисту, іноземцям та особам без громадянства.

Виходячи з положень ст. 1 Закону України «Про екстрену медичну допомогу», *домедична допомога – це невідкладні дії та організаційні заходи, спрямовані на врятування та збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я, що здійснюються на місці події особами, які не мають медичної освіти, але за своїми службовими обов'язками повинні володіти основними практичними навичками з рятування та збереження життя людини, яка перебуває у невідкладному стані, та відповідно до закону зобов'язані здійснювати такі дії та заходи*. Очевидно, що патрульний поліцейський підпадає під указану категорію осіб і повинен мати відповідні знання та навички [3].

Стаття 12 Закону України «Про екстрену медичну допомогу» чітко визначає, що поліцейські зобов’язані надавати домедичну допомогу людині у невідкладному стані. Водночас Закон України «Про Національну поліцію» передбачає обов’язок поліцейського надати медичну (!) допомогу (ч. 4 ст. 43). Слід зазначити, що законодавець виокремлює поняття «медична допомога» – як діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямовану на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами, та «екстрена медична допомога» – як медичну допомогу, яка полягає у здійсненні працівниками системи екстреної медичної допомоги відповідно до цього Закону невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування і збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров’я.

Як правило, першими на місце події потрапляють патрульні Національної поліції, які реагують на заяви та повідомлення про кримінальні, адміністративні правопорушення або інші події через ужиття заходів, спрямованих на усунення загроз життю та здоров’ю фізичних осіб (п. 5, 14 ст. 23 Закону України «Про Національну поліцію»), та поряд із забезпеченням правопорядку та протидії злочинності виконують завдання з надання послуг допомоги особам, які з особистих, економічних, соціальних причин або внаслідок надзвичайних ситуацій потребують такої допомоги.

Відповідно до п. 4 ч. 1 ст. 18 Закону України «Про Національну поліцію» [2] серед основних її обов’язків є надання невідкладної, зокрема домедичної і медичної, допомоги особам, які постраждали внаслідок правопорушень, нещасних випадків, а також особам, які опинилися в безпорадному стані або стані, небезпечному для їхнього життя чи здоров’я. Аналогічною є вимога, що міститься у ч. 4 ст. 43 Закон України «Про Національну поліцію», що зобов’язує поліцейського надавати невідкладну медичну допомогу особам, які постраждали в результаті застосування заходів примусу. Проте поліцейські не мають відповідної кваліфікації для надання медичної допомоги, адже у ст. 33 Основ законодавства України про охорону здоров'я чітко зазначається, що медична допомога надається професійно підготовленими медичними працівниками, які перебувають у трудових відносинах із закладами охорони здоров’я, що забезпечують надання медичної допомоги згідно з одержаною відповідно до закону ліцензією, та фізичними особами – підприємцями, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію в установленому законом порядку і можуть перебувати з цими закладами у цивільно-правових відносинах, а її видами є: екстрена; первинна; вторинна (спеціалізована); третинна (високоспеціалізована); паліативна; медична реабілітація.

Поняття «невідкладна допомога» чинним законодавством не передбачено. У межах законодавства для надання постраждалому медичної допомоги патрульний поліцейський зобов’язаний викликати медичного працівника та сприяти йому у здійсненні невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування та збереження життя й мінімізацію наслідків негативного впливу невідкладного стану на його здоров'я (ст. 35 Основ законодавства України про охорону здоров'я), оскільки він не є суб’єктом надання медичної допомоги. У разі потреби поліцейському гарантується безоплатне лікування та відшкодування моральної та майнової шкоди, заподіяної його здоров'ю та майну під час рятування людей і сприяння наданню медичної допомоги у невідкладній або екстремальній ситуації (ст. 37 Основ законодавства України про охорону здоров'я).

З аналізу законодавства у сфері охорони здоров'я отримуємо такий алгоритм дій патрульного поліцейського, яким виявлено людину у невідкладному стані :

1) негайно здійснити виклик екстреної медичної допомоги за єдиним телефонним номером виклику екстреної медичної допомоги 103 або за єдиним телефонним номером виклику екстреної допомоги 112;

2) повідомити про місце та обставини події;

3) за можливості надати необхідну допомогу, у тому числі перевезти постраждалого до відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги чи іншого закладу охорони здоров’я, в якому може бути забезпечено надання необхідної медичної допомоги [3].

Безперечно, у даній ситуації йдеться про штатну службову ситуацію без ускладнення оперативної обстановки. На місці події поліцейський повинен: здійснити негайний виклик екстреної медичної допомоги (повідомити стан і місце події); надати постраждалому необхідну домедичну допомогу (стабілізація стану); піддготувати та/або перевезти його до найближчого відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги чи іншого закладу охорони здоров’я

*Невідкладний стан людини* – раптове погіршення фізичного або психічного здоров'я, яке становить пряму та невідворотну загрозу життю та здоров'ю людини або оточуючих її людей і виникає внаслідок хвороби, травми, отруєння або інших внутрішніх чи зовнішніх причин.

Враховуючи це, слід погодитись із тим, що колізії правових норм потребують усунення. Найбільш доцільно це зробити шляхом видалення з тексту п. 4 ч. 1 ст. 18 і п. 4 ст. 43 Закону України «Про Національну поліцію» слова «і медичну» [26]. Це залишить у законодавстві обов’язок поліцейського надавати невідкладну домедичну допомогу постраждалим (пораненим).

Надання першої медичної допомоги також нормативно закріплено у чинних Правилах Дорожнього Руху, затверджені Кабінетом Міністрів України від 10.10.2001 року № 1306 [27]: 1) п. 2.10 - у разі причетності до дорожньо-транспортної пригоди водій зобов'язаний: п.п. г) вжити заходів для подання першої медичної допомоги потерпілим, викликати карету швидкої медичної допомоги, а якщо це неможливо, звернутися по допомогу до присутніх і відправити потерпілих у лікувальний заклад; п.п. ґ) у разі неможливості виконати дії, перелічені в підпункті "г" пункту 2.10 цих Правил, відвезти потерпілого до найближчого лікувального закладу своїм транспортним засобом, попередньо зафіксувавши розташування слідів пригоди, а також положення транспортного засобу після його зупинки; у лікувальному закладі повідомити своє прізвище та номерний знак транспортного засобу (з пред'явленням посвідчення водія або іншого документа, який посвідчує особу, реєстраційного документа на транспортний засіб) і повернутися на місце пригоди; 2) п. 4.15 – у разі причетності пішохода до дорожньотранспортної пригоди він повинен подати можливу допомогу потерпілим, записати прізвища та адреси очевидців, повідомити орган чи уповноважений підрозділ Національної поліції про пригоду, необхідні дані про себе і перебувати на місці до прибуття поліцейських; 3) п. 5.4 – у разі дорожньо-транспортної пригоди пасажир причетного до пригоди транспортного засобу повинен подати можливу допомогу потерпілим, повідомити про пригоду орган чи уповноважений підрозділ Національної поліції і перебувати на місці до прибуття поліцейських.

*Перша (невідкладна) допомога – базова допомога, яку надають невідкладно в надзвичайній ситуації, щоб зберегти життя, уникнути подальшого заподіяння шкоди здоров'ю або запобігти хворобі, полегшити страждання і допомогти людині одужати*. Водночас, надзвичайні ситуації у викликають стрес різного рівня, навіть у професійно підготованої людини. Для того, щоб подолати негативні впливи надзвичайної ситуації під час надання домедичної допомоги, доцільно: – уникати завдання психологічної або фізичної шкоди самому собі, потерпілому або іншим особам; – враховувати власні можливості – емоційні, фізичні, технічні або матеріальні.

Насамперед, з метою подолання стресу на початку надання домедичної допомоги поліцейському доцільно розслабитись і заспокоїтись. Це допоможе заспокоїти постраждалих, їх рідних та друзів. Як би це не було важно психологічно, якщо людина не дихає – необхідно не давати марних надій присутнім особам і пояснити, що шанси зберегти життя дуже малі. Задля забезпечення більшої впевненості у своїх діях доцільно покликати когось на допомогу серед навколишніх випадкових свідків, друзів та/або родичів потерпілого. При цьому слід коротко їм пояснити, що ви будете робити з постраждалим і чому, а також на які обмеження можна натрапити. Серед двох патрульних поліцейських, як правило, один надає домедичну допомогу (контакт), другий здійснює прикриття та тримає зв'язок із оператором 102, черговою частиною та лінією 103. Безперечно, для надання домедичної допомоги залучається більш морально, психологічно та фізично витривала особа, впевнена у власних силах, знаннях і практичних навичках. У крайніх випадках, якщо дозволяє тактична ситуація, напарник-прикриття може замінити контакт під час реанімаційних заходів, якщо, наприклад, закінчилися сили проводити сердцеволегеневу реанімацію до прибуття медичної допомоги.

* 1. **Відповідальність за ненадання невідкладної (домедичної та медичної) допомоги**

У ч. 3 ст. 4 Закону України «Про екстрену медичну допомогу» зазначено, що відмова у можливості здійснення передачі та прийняття викликів екстреної медичної допомоги забороняється і тягне для осіб, які її допустили чи здійснили, відповідальність, визначену законом. Так, у ст. 15 Закону України «Про екстрену медичну допомогу» визначається, що відповідальність за порушення законодавства у сфері надання екстреної медичної допомоги несуть особи, винні у порушенні положень цього Закону.

Такою може бути встановлена законом дисциплінарна, адміністративна, кримінальна або цивільно-правова відповідальність за: ненадання без поважних причин на місці події домедичної допомоги або необґрунтовану відмову в її наданні; ненадання без поважних причин на місці події необхідної медичної допомоги або необґрунтовану відмову у її наданні;• ненадання без поважних причин наявного транспортного засобу• для безоплатного перевезення людини, яка перебуває у невідкладному стані, до найближчого до місця події відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги або необґрунтовану відмову у здійсненні такого перевезення; несвоєчасне надання екстреної медичної допомоги або створення перешкод у її наданні;• невиконання без поважних причин розпоряджень оперативнодиспетчерської служби центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф або бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги щодо• надання необхідної невідкладної медичної допомоги пацієнту, який перебуває у невідкладному стані, що загрожує життю такого пацієнта; необґрунтовану відмову у передачі та прийнятті викликів екстреної медичної допомоги.•

Відшкодування моральної та матеріальної шкоди, заподіяної внаслідок ненадання відповідної допомоги або неналежного виконання своїх професійних обов’язків медичними працівниками чи іншими особами, також здійснюється відповідно до закону. Так, відповідно до ст. 124-1 Кодексу України про адміністративні правопорушення передбачено адміністративну відповідальність за ненадання посадовими особами підприємств, установ, організацій і громадянами транспортних засобів, що їм належать, транспортного засобу поліцейському у встановлених законом невідкладних випадках, що тягне за собою накладення штрафу в розмірі чотирьох неоподатковуваних мінімумів доходів громадян [28]. У цьому випадку патрульними поліцейськими виноситься постанова за правопорушення у сфері забезпечення безпеки дорожнього руху, розгляд якого віднесено до компетенції Національної поліції України, без складання відповідного протоколу [29].

У Кримінальному кодексі України містяться ст. 135 «Залишення в небезпеці» та ст. 136 «Ненадання допомоги особі, яка перебуває в небезпечному для життя стані» [4]. Так, залишення в небезпеці припускає завідоме залишення без допомоги особи, яка перебуває в небезпечному для життя стані і позбавлена можливості вжити заходів до самозбереження через малолітство, старість, хворобу або внаслідок іншого безпорадного стану, якщо той, хто залишив її без допомоги, зобов’язаний був піклуватися про цю особу і мав змогу надати їй допомогу, а також у разі, коли він сам поставив потерпілого в небезпечний для життя стан (карається обмеженням волі на строк до двох років або позбавленням волі на той самий строк). Ті самі дії, вчинені матір’ю стосовно новонародженої дитини, якщо матір не перебувала в обумовленому пологами стані, – караються обмеженням волі на строк до трьох років або позбавленням волі на той самий строк. Якщо такі дії спричинили смерть особи або інші тяжкі наслідки, вони караються позбавленням волі на строк від трьох до восьми років. Зокрема, суб’єктом даного злочину є працівники поліції як особи, які згідно зі своїми правовими посадовими обов’язками повинні піклуватися про потерпілого і мали можливість надати допомогу (інші – батьки, усиновителі, піклувальники, діти щодо своїх батьків, працівники бригад екстреної медичної допомоги, фахівці різноманітних аварійних та аварійно-рятувальних служб), а також які своїми діями поставили потерпілого у небезпечний для життя стан.

Статтею 136 КК України передбачено відповідальність за «ненадання допомоги особі, яка перебуває в небезпечному для життя стані», а саме за ненадання допомоги особі, яка перебуває в небезпечному для життя стані, при можливості надати таку допомогу або неповідомлення про такий стан особи належним установам чи особам, якщо це спричинило тяжкі тілесні ушкодження (штраф від двохсот до п’ятисот неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або громадські роботи на строк від ста п’ятдесяти до двохсот сорока годин, або арешт на строк до шести місяців). За ненадання допомоги малолітньому, який завідомо перебуває в небезпечному для життя стані, при можливості надати таку допомогу або неповідомлення про такий стан дитини належним установам чи особам передбачено штраф від п’ятисот до тисячі неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або арешт на строк до шести місяців, або обмеження волі на строк до трьох років. Якщо ж зазначені вище діяння спричинили смерть особи, яка перебуває у невідкладному стані, такі діянні караються обмеженням волі на строк від трьох до п’яти років або позбавленням волі на строк від двох до п’яти років.

Суспільна небезпечність цього злочину полягає в тому, що юридичним та громадським обов’язком особи є надання допомоги іншій людині, яка опинилася в небезпечному для життя стані, для того, щоб відвернути настання тяжких наслідків. Бездіяльність особи може виявлятися у двох формах: а) ненадання допомоги особі, яка перебуває в небезпечному для життя стані, якщо у винного була можливість надати йому допомогу без загрози для нього або його близьких осіб; б) неповідомлення про такий стан особи належним установам чи особам.

Небезпечний для життя людини стан може виникнути внаслідок дії стихійних сил природи, джерел підвищеної небезпеки, диких тварин тощо. Без допомоги іншої особи ця особа позбавлена можливості вийти з небезпечного стану. Винна особа повинна мати можливість або надати допомогу іншій особі, або повідомити у відповідну установу чи іншій особі. Це повідомлення повинне бути терміновим (невідкладним) для того, щоб оперативно можна було вжити заходів щодо врятування потерпілого.

Суб'єктивна сторона злочину характеризується прямим умислом щодо бездіяльності. Що стосується наслідків, то до них може бути віднесено як умисел (прямий або непрямий), так і необережність (злочинна самовпевненість або злочинна недбалість).

Суб'єктом цього злочину може бути будь-яка особа, на якій не лежить правовий обов'язок надання допомоги, або яка не поставила іншу особу в небезпечний для життя стан. Відмежування цього злочину від залишення в небезпеці (ст. 135 КК) проводиться за суб'єктом. Ним є лише особа, яка зобов'язана піклуватися про залишеного в небезпечному стані, або яка сама поставила його в такий стан.

Дія статті 136 КК України розповсюджується на загалом на усіх без винятку громадян України, іноземних громадян та осіб без громадянства – тобто на усіх осудних осіб, які досягли 16-річного віку. Але дія положень ст. 136 КК України не поширюється на медичних працівників та будь-яких інших осіб, які за законом, іншим нормативноправовим актом, цивільно-правовим договором зобов’язані надавати допомогу потерпілому. Для таких осіб застосовуються положення ст. 135 КК України.

Для розуміння розміру можливих штрафів зазначимо, що відповідно до ч. 5 Підрозділу 1 Перехідних положень Податкового кодексу України (розділ XX) та згідно з підпунктом 169.1.1 пункту 169.1 статті 169 розділу IV цього Кодексу, сума неоподатковуваного мінімуму доходів громадян встановлюється на рівні податкової соціальної пільги, яка станом на 01.01.2018 складає 50% від прожиткового мінімуму з розрахунку для працездатної особи (у розрахунку на місяць) і становить 1762 грн х 50% = 881 грн. [30].

Однак надавання допомоги постраждалому у першу чергу має спиратись на забезпечення власної/особистої безпеки. Це вимагає від патрульного поліцейського утримуватися від надання допомоги, якщо це завідомо загрожує його життю та здоров’ю. Саме ці обставини кваліфікуються як такі, що об’єктивно унеможливлюють надання невідкладної (домедичної та медичної) допомоги.

Безумовно, передбачити кожну ситуацію неможливо, тож для здійснення відповідних дій та заходів із постраждалим слід враховувати наявність доступних ресурсів у поліцейських, знань ефективних практичних підходів і доступу до подальшої медичної допомоги та можливості її надання.

* 1. **Протоколи надання домедичної допомоги та їх відмінності**

Інтеграція медицини у тактико-спеціальну підготовку поліцейських в Україні відбулась нещодавно.

*Тактична медицина* – це надання домедичної допомоги за принципами, що враховують загрозу від бойових дій (можливого вогневого контакту чи активного стрільця).

У першій половині 1990-х рр. у США та Великій Британії було проведено дослідження з розробки стандартів догоспітальної допомоги в умовах бойових дій. Зокрема, Командування спеціальних операцій США у 1993 році фінансувало дворічне дослідження щодо покращення допомоги пораненим на полі бою. Результатом дослідження була перша редакція рекомендацій Tactical Comat Casualty Care (ТССС). Паралельне та незалежне дослідження проводилось і у Великій Британії, де на основі стандарту розширеної підтримки життя під час травми (ATLS) було розроблено курс для Спеціальної повітряної служби [13].

У 1996 р. було опубліковано статтю з докладним описом американських настанов щодо догоспітальної допомоги «Тактична допомога пораненим в умовах бойових дій» (Tactical Combat Casualty Care, ТССС або ТС3). Настанови переглядаються щорічно комітетом з військових лікарів та парамедиків із залученням військових різних спеціальностей та різних родів військ, якими користуються більшість армій країн – членів НАТО.

В Україні про зазначені стандарти заговорили через рік після початку подій на Сході країни, внаслідок яких загинуло чимало військових. Виявилось, що під час бойових дій загинуло до 30 % поранених (більше, ніж під час Другої світової війни), яких можна було врятувати шляхом вчасного надання першої і долікарської медичної допомоги та своєчасної евакуації з поля бою для запобігання повторному ураженню або загибелі [13].

Водночас у країнах зарубіжжя для догляду за пораненими на полі бою шляхом вибору найоптимальнішої комбінації належної медичної практики і адекватної тактики невеликих військових підрозділів було створено відповідні стандарти й рекомендації, які передбачені відповідними Протоколами. Впровадження цих Протоколів призвело до гарних результатів і зменшення чисельності загиблих від поранень військових. Тактична медицина враховує той факт, що місце і обставини, в яких надається допомога під час бойових дій, принципово відмінні від звичних лікарень, салону карети швидкої допомоги або навіть тротуару серед міста.

Специфіка надання медичної допомоги завжди залежить від тактичної ситуації, характеру отриманих поранень, рівня знань та навичок особи, яка перша контактує з постраждалим/пораненим, та наявного медичного обладнання (Savitsky and Eastbridge, 2012).

На відміну від лікарні, в якій надається невідкладна допомоги і головна мета якої полягає в лікуванні хворого, в умовах службової ситуації догляд за пораненими є лише частиною бойового завдання, особливо якщо відбувається вогневий контакт із правопорушником, тож дуже важко розділити і забезпечити ефективність завдання щодо продовження бойових дій та догляд за пораненими. Розділ тактичної медицини навчає базовим навичкам надання само- та взаємодопомоги в умовах бойових дій, тож він дуже корисний для поліцейських, які діють у цивільній ситуації під час надання невідкладної (домедичної та медичної) допомоги в зонах обстрілу й укриття.

В основі міжнародних медичних технік найбільш відомі TCCC (Tactical Combat Casualty Care) – «Тактична допомога пораненим у бою» та ТЕСС (Tactical Emergency Casualty Care) – «Тактична екстрена медицина» (див. рис. 1). Рис. 1

Перша з цих абревіатур – ТССС (Tactical Combat Casualty Care) – включає загальний протокол надання першої медичної допомоги на полі бою, алгоритм найважливіших дій не лише з надання допомоги пораненим, а передусім тактичної складової у вигляді розуміння загальної картини поля бою та розмежування різних дій на різних етапах бою або в різних його частинах. До створення такого протоколу дій допомоги постраждалим у військових умовах прийшли в США наприкінці 1990-х років.

У 1996 році Ф. Батлер провів аналіз надання допомоги пораненим на полі бою та причини смертей, після чого він запропонував стандарти ТССС. Перші рекомендації, які входили до ТССС, зосереджувались на лікуванні трьох основних причин превентивних смертей у поранених, що виникають на полі бою: масивної кровотечі з ран кінцівок; напруженого пневмотораксу; обструкції верхніх дихальних шляхів. Основним важливим моментом цих рекомендацій була зміна парадигми поведінки та прийняття рішень при наданні допомоги пораненим, підкреслюючи наявність певних тактичних обмежень (ворожий вогонь, необхідність виконання бойового завдання тощо) [32].

Після інвазії Сполучених Штатів в Афганістані у 2001 році цей протокол був розширений та прийнятий за основу для всього медичного персоналу США, а потім і країн – членів НАТО [33]. У повідомленні Військово-медичного департаменту США від 6 серпня 2009 року зазначалось, що у декількох спеціальних військових операціях у підрозділах, де кожен військовослужбовець був навчений наданню допомоги відповідно до принципів ТССС, не було зафіксовано жодного випадку превентивної смерті у поранених. Зважаючи на високу ефективність, ТССС зараз рекомендована для всіх військовослужбовців та медиків, які беруть участь у бойових діях [34].

Вважається, що 15% від усіх смертей у світі потенційно можна попередити завдяки ТССС. Основними причинами гибелі у бойових подіях є масивна крововтрата та шок (80–90 %). Так, при кровотечі з магістральних судин кінцівок (стегнова, плечова), сонної артерії, яремної вени, судин голови поранений гине у проміжок часу до 2 хвилин. Причиною смерті є швидка втрата значної кількості крові. При виникненні непрохідності верхніх дихальних шляхів через западання язика за умови втрати свідомості (травма голови, шок) в положенні на спині поранений гине за 5 хв. За цей же час людина може загинути від раптової зупинки серця внаслідок недостатнього надходження кисню.

Слід зазначити, що пошкодження, які виникають у сучасних збройних протистояннях, значно обмежують час надання невідкладної допомоги на полі бою. TCCC сконцентрована на наданні само- та взаємодопомоги у випадках: кровотечі з кінцівки (60%), напруженого пневмотораксу (30%), перекриття дихальних шляхів (10%) тощо.

При важкій травмі та масивній катастрофічній кровотечі зміни в органах і тканинах стають незворотними протягом однієї години – тож концепцію з надання у цей строк медичної допомоги називають правилом «золотої години».

Рекомендація «золотої години» відіграє важливу роль у наданні догоспітальної медичної допомоги для забезпечення найкращих результатів лікування, ефективного та сфокусованого сортування поранених, транспортування хворих і поранених, відповідного рівня прийняття рішень щодо тактики надання допомоги [35].

Надання невідкладної допомоги постраждалим так чи інакше базується на певному алгоритмі дій, який побудований на підтримці життєво важливих функцій організму, насамперед дихання та кровообігу. Він називається протокол «А-В-С» (Airways, Breathing, Circulation). Однак у протоколі ТССС до цього додається, насамперед, зупинка критичної кровотечі, від якої найчастіше гинуть на полі бою, з урахуванням того, що і сам поранений, і інші навколо перебувають під загрозою отримання поранень. Військова медицина відрізняється від цивільної типами травм або ран, зовнішніми умовами, можливістю надавати допомогу постраждалим та часом, який необхідний для евакуації постраждалих (адже в умовах бою він є значно довшим).

Виходячи з цієї точки зору, тактична медицина протоколу ТССС поділена на три рівня допомоги:

– допомога під вогнем, яка спрямована на те, щоб не допустити збільшення кількості поранених, та продиктована умовами бою, коли сам постраждалий і рятувальник перебувають під вогнем противника. У наявності невелика кількість медичного обладнання, яку особа може взяти з собою;

– тактична медична допомога, яка починається лише тоді, коли обидва – постраждалий і рятівник – перебувають у безпечній зоні. У наявності так само обмежена кількість медичного обладнання, однак така допомога дозволяє збільшити час очікування евакуації від декількох хвилин до багатьох годин;

– допомога під час евакуації, коли, як правило, допомога надається професійними медиками, які мають необхідний мінімум обладнання.

Стандартна практика визначення ознак життя та порядку надання першої допомоги в цивільному порядку відома як «A-B-C» (airway, breathing, circulation – дихальні (повітряні) шляхи, дихання, кровообіг), у тактичній медицині змінена на «C-A-B-C» (перша «C» означає катастрофічну кровотечу (catastrophic haemorrhage), яку треба припинити в першу чергу) [36]. Протоколи допомоги ТССС, на відміну від цивільної медицини, мають алгоритм «MARCH» (Massive-Hemorrhage-Airways-RespirationCirculation-Hypothermia) (див. рис. 2), зміст якого не відрізняється від загальновизнаного алгоритму «С-А-В-С», який припускає зупинення критичної кровотечі (С), прохідність дихальних шляхів (А), поновлення дихання (B), свідомість (С), однак включає в себе такі дії, як внутрішньовенне або внутрішньокісткове вливання рідин, застосування антигемморагічних або гемостатичних лікарських речовин, введення знеболювальних лікарських речовин (кетамін або морфін), застосування антибіотиків та використання медичного обладнання. Рис. 2

Крім цього, за тактичною медициною використовується і розроблений НАТО протокол «C-A-B-C-D-E»: C (Catastrophic haemmorhage) – A (Airway) – B (Breathing) – C (Circulation) – D (Disability) – E (ExposeEnvironment-Evaluate-Evacuate). В українському варіанті інструктори з тактичної медицини пропонують його запровадити як протокол «КОЛЕСО»: К (Кровотечі масивні, критичні) – О (Огляд дихальних шляхів) – Л (Легені) – Е (Ефективність дихання) – С (Серце) – О (Огляд всього тіла – Оцінка свідомості – Обігрів)» [37].

Усвідомлюючи, що боєць не є професійним медиком і його першочерговим завданням є ведення вогню у відповідь, а забезпечення порятунку життя залежить від умов, які йому диктує бойова ситуація, світовою спільнотою створено курс бійця-рятувальника, який базується на протоколах та рекомендаціях TCCC, але адаптований для так званих «мілітарних» професій, якими зазвичай вважаються військові, поліцейські, рятівники МНС тощо. Цей курс названо CLS (Combat Life Saver). Перш за все, він враховує те, що боєць не має медичних знань або навичок, достатніх для проведення складних медичних процедур, він обмежений у кількості медичного обладнання, доступного на полі бою, а час від моменту поранення бійця до передачі його професійному медику так само може тривати від декількох хвилин до багатьох годин [38].

ТЕСС (Tactical Emergency Casualty Care) – це військовий стандарт медицини, призначений для міських чи інших цивільних умов, який дозволяє заощадити сили і засоби, убезпечити мирне населення, а тактика дій дещо відрізняється від військової, оскільки розрахована на спільну роботу поліції та швидкої медичної допомоги, рятувальників, підрозділів спеціального призначення тощо. В Україні чинні протоколи надання екстреної медичної допомоги (далі – ЕМД) постраждалим не відповідають у повному обсязі потребам, що виникають при атиповій, загрозливій надзвичайній ситуації, таких як проведення антитерористичних операцій в умовах міста, випадки захоплення заручників, терористичні акти під час масових заходів або їх загрози [33] (див. рис. 3). Рис. 3

ТССС і ТЕСС – протоколи надання допомоги, які дуже схожі, однак їх логіка, термінологія і принципи відрізняються через різницю завдань і умов поставленого бойового завдання, проведення операцій, різного рівня медичного обладнання адресантів і очікуваної тривалості евакуації (див. рис. 4). 30 Рис. 4

Суттєво відрізняється екіпіровка військового і поліцейського, адже ТССС чітко регламентує використання медичної аптечки (IFAK), а ТЕСС не визначає рекомендованого спорядження. Так, стандарт ТССС регламентує забезпечення надання невідкладної допомоги Індивідуальною аптечкою першої допомоги (IFAK – Individual First Aid Kit). Сучасна тактична аптечка для надання першої медичної допомоги відповідно до протоколу «C-A-B-C» повинна містити:

(C) Кровоспинні засоби:

1. Джгут для зупинки артеріальної кровотечі C.A.T. – Combat Application Tourniquet (бажано мати 2 турнікети – один в аптечці, інший ззовні – на самій аптечці (див. попередній рисунок) або на амуніції, в однаковому місці, визначеному для всіх бійців підрозділу). Якщо американський чи китайський C.A.T.-турнікет відсутній, повинен бути український гумовий кровоспинний джгут Есмарха або інші засоби для зупинки артеріальної кровотечі, наприклад трикутна хустка для накладення закрутки.

2. Бандаж для першої допомоги з аплікатором для тиску на рану – The First Care Bandage, ізраїльського виробництва. Це так званий ізраїльський бандаж – сучасний перев’язувальний пакет, який, створюючи постійний тиск на рану, зупиняє більшість достатньо сильних, але не критичних кровотеч.

3. Гемостатичний засіб на основі хітозану чи каоліну – Celox, ChitoSam у вигляді гранул або більш сучасні у вигляді кровоспинного бинта (бойової марлі) – Combat Gauze, QuikClot, H&H Compressed Gauze PriMed та ін. Ці засоби застосовуються для тампонування ран з кровотечею та утворення штучного тромбу при взаємодії хітозану з кров’ю. (А)

Засіб забезпечення прохідності дихальних шляхів:

4. Назофарингеальний (носоглотковий) повітровід (The ProBreathe, Kendall Argyle) – важливий та ефективний засіб для відновлення прохідності дихальних шляхів при западанні язика та інших причинах. (B)

Засоби для боротьби з порушеннями дихання:

5. Оклюзивний грудний пластир Ашермана – Asherman Chest Seal, Halo (або інший). Пластир застосовується для герметизації відкритих поранень грудної клітини (відкритому пневмотораксі).

6. Набір для декомпресії – Decomression Kit (спеціальна голка з катетером для декомпресії грудної клітки – ARS (Air Release System)). Декомпресійний набір застосовується для видалення повітря з плевральної порожнини грудної клітини (напруженому пневмотораксі). Замість цього набору для декомпресії аптечка може містити катетер G14 (помаранчевий).

7. Спеціальна маска із клапаном для штучного дихання методом „рот-в-рот” (наявність необов’язкова, але вітається). (C)

Засоби для зупинення менших кровотеч, підтримання кровообігу, боротьби з шоком та інші засоби:

8. Звичайні стерильні бинти та серветки та/або перев’язувальні пакети.

9. Термоковдра для боротьби з переохолодженням або перегріванням пораненого.

10. Внутрішньовенний катетер G18 (зелений) для катетеризації периферійних судин (при загрозі розвитку шокового стану (переломах, опіках, масивній кровотечі, отруєнні).

11. Трикутна хустка, яка, крім зупинки кровотечі, може застосовуватися як універсальна пов’язка на різні частини тіла, для фіксації кінцівок тощо.

12. Пластир бактерицидний.

13. Пластир котушковий.

14. Ножиці.

15. Рукавички гумові.

16. Антисептик (хлоргексидин або ін.).

17. Англійські булавки.

18. Незмивний маркер.

19. Медикаменти: знеболювальні ненаркотичні (парацетамол, діклофенак, ібупрофен або ін.); антибіотики (цефалексін, норфлоксацин або амоксіцилін або ін.); інші ліки не є складовою аптечки IFAK.

Протокол ТЕСС нормативно-правовим підґрунтям має наказ МОЗ України від 21.06.2016 № 612 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації екстреної медичної допомоги» [15], протокол ТССС – Стратегічний оборонний бюлетень України, введено в дію Указом Президента України від 6 червня 2016 р. № 240/2016 [39].

Фактори, які відрізняють надання допомоги в умовах бойових дій (ТССС) та при надзвичайній ситуації з високим рівнем загрози (ТЕСС) [34]:

1) обсяг допомоги та відповідальність посадових осіб: цивільні медики виконують свої обов’язки під контролем держави і місцевих органів управління в межах затверджених протоколів і підлягають відповідальності за халатність і бездіяльність, що у військових часто є відсутнім;

2) популяція постраждалих: ТССС розроблена на основі аналізу даних у віковій групі 18–30-річних чоловіків, натомість цивільна ситуація повинна розглядати ще й спеціальні та вікові групи – неповнолітніх, немовлят, осіб з явними ознаками старості, обмежених можливостей чи вагітних – які у цивільних умовах потребують специфічної допомоги;

3) відмінності та перепони при евакуації: незважаючи на загрози потенційних динамічних терактів, нападів і вторинного збройного опору евакуація набагато менше поширена в цивільній обстановці, тому для ТЕСС вживається термін «госпіталізація»;

4) базовий рівень здоров’я населення: військовослужбовці, які беруть участь у бойових діях, як правило, є відносно здоровими фізично, з практично відсутніми хронічними захворюваннями, на відміну від цивільного населення;

5) моделі поранень: незважаючи на те, що зброя, яка використовується під час військових дій та в цивільних умовах, є схожою, моделі поранень відрізняються за рахунок наявності захисного спорядження у військових та активного використання вибухових пристроїв значної сили;

6) у звичайних умовах, на відміну від воєнних дій, у медичного персоналу буде більше ресурсів, також відстань евакуації/госпіталізації у заклади охорони здоров’я є набагато коротшою. ТЕСС за своєю суттю є дуже подібним до ТССС та передбачає наявність різних фаз/етапів надання допомоги, залежно від рівня загрози як для постраждалого, так і для поліцейського.

Виділяють три етапи надання допомоги за стандартом ТЕСС:

1. Допомога в умовах дії прямої загрози – відповідає зоні надання допомоги пораненим в умовах ефективного вогню противника в ТССС У цій ситуації існує надзвичайно високий ризик отримання додаткових травм постраждалим або безпосереднього травмування поліцейського (наприклад, внаслідок вогню озброєних осіб, охоплених вогнем конструкцій будівель, дії токсичних речовин), тож виправданим є застосування мінімального переліку медичних маніпуляцій.

У фазі прямої загрози пріоритетами є не стільки максимальний об’єм надання допомоги постраждалому, скільки усунення і/або мінімізація наявної загрози, щоб попередити отримання ушкоджень іншими особами чи додаткових травм постраждалими. Єдиним пріоритетом у наданні допомоги є зупинка масивної кровотечі, а перевага надається наданню самодопомоги (самостійне залишення зони небезпеки постраждалим і пошук ним тимчасового укриття). За можливості вирішується питання переміщення постраждалого в небезпечну зону (місця збору постраждалих), враховуючи можливі перепони та загрози оточуючого середовища: зруйновані будівлі, пожежі, наявність хімічних, біологічних чи радіоактивних елементів у зоні ураження тощо.

Ефективний винос/виведення поранених включає: швидкість, обмежене надання медичної допомоги, ефективне використання сили, зменшення коефіцієнта тертя (див. рис. 5, 6). 36 Рис. 5 Знімати з пораненого засоби захисту (шолом, бронежилет) не можна, оскільки Ви тим самим піддаєте себе додатковому ризику бути ураженим вогнем противника.

Транспортувати пораненого із сектора обстрілу слід тільки в тому разі, коли дозволяє тактична ситуація. Рис. 6 2. Допомога в умовах дії непрямої загрози – відповідає в ТССС зоні надання допомоги в тактичних умовах Ситуація відсутності загрози дуже мінлива, навіть якщо місце збору постраждалих охороняється, тож це має бути враховано як тактичні умови. Пріоритети обстеження та обсяг лікування схожі зі стандартами ТССС: контроль кровотечі, забезпечення прохідності дихальних шляхів, забезпечення адекватної функції дихальної системи, кровообіг та інше.

Важливо повністю обстежити постраждалого на предмет небезпеки йому самому та загрози, яку він може заподіяти оточуючим (будь-яка зміна психічного стану чи ознаки незвичайної/неадекватної поведінки, зброя, вибухівка та інші предмети, які можуть нести загрозу). Постраждалий обов’язково повинен бути укритий термоковдрою).

3. Евакуація/госпіталізація – у зоні тактичної евакуації в ТССС У цій ситуації пряма загроза вже не діє, тому при потребі слід розглядати розширення обсягу медичної допомоги. У цій фазі доречно розглядати надання допомоги при сортуванні під час очікування транспортування до лікувального закладу.

Під час евакуації потрібно виключити всі загрозливі для життя кровотечі, забезпечити прохідність дихальних шляхів, унеможливити пошкодження хребта (особливо осіб віком старше 65 років). Всі виявлені травми контролюються. Важливі повторний огляд та повторне сортування. Якщо дозволяє час та умови, має проводитися повторна оцінка постраждалих «з голови до ніг» (слід не забувати про огляд спини). За можливості необхідно підтримувати постійний контакт з постраждалим. Документація про стан постраждалого повинна бути належним чином заповнена та передана медичному персоналу, який здійснює транспортування постраждалого (див. рис. 7). Рис. 7

Розрізняють немедичну та медичну евакуацію.

1) немедична евакуація потерпілого (CASEVAC) належить до переміщення потерпілих з використанням немедичного транспортного засобу або літального апарату. Під час такої евакуації боєцьрятувальник може перебувати з потерпілим для надання йому допомоги під час транспортування.

2) медична евакуація (MEDEVAC) належить до евакуації потерпілих з використанням спеціалізованого санітарного автомобіля або санітарного літака. На медичних транспортних засобах для евакуації (наземних і повітряних) присутній медичний персонал для надання потерпілим допомоги під час евакуації (див. рис. 8). Рис. 8.

Фаза евакуації у ТССС пов’язана із запитом про евакуацію «9 пунктів» (або аналогічний). Основні принципи попереднього планування є універсальними. Цілі попереднього планування евакуації: Карта місцевості з позначеними важливими місцями¬ Лікарні та їх можливості¬ GPS координати¬ Орієнтири¬ Джерела їжі/води¬ Джерела спорядження (лікарні, клініки, аптеки)¬ Перевірка спорядження¬ Індивідуальна аптечка IFAK¬ Транспортування пацієнта¬

Вважається, що достатньо забезпечити перші п’ять пунктів, решту 4 можна повідомити пізніше під час зв’язку. Говорять не більше 25–30 секунд. Стандартна система запиту про медичну евакуацію хворих/поранених – це так звані NATO 9 Line (9 пунктів НАТО) (див. Додаток 1).

**1.4. Алгоритми надання невідкладної (домедичної та медичної) допомоги постраждалим поліцейськими на місці події**

У патрульних поліцейських під час виклику часто виникає потреба в наданні невідкладної (домедичної та медичної) допомоги. Такі ситуації можна поділити на два типи: за відсутності загроз (наприклад, ізольована ДТП) або коли існує загроза (захоплення приміщення або активний стрілок). При наданні постраждалим невідкладної допомоги основним елементом усіх протоколів є оцінка факторів ризику та безпека місця події.

Існує чотири принципи надання домедичної допомоги, яких треба обов’язково дотримуватися у невідкладних ситуаціях. Ця послідовність не лише сприяє ефективній роботі поліцейського, а й покликана убезпечити його, постраждалого та оточуючих людей під час надання ним домедичної допомоги.

До таких принципів відносяться:

1) огляд місця події;

2) огляд постраждалого;

3) виклик швидкої допомоги;

4) надання першої допомоги [32].

Перший принцип: огляд місця події, під час якого поліцейський має усвідомити відповіді на такі питання: 1. Що відбулося? 2. Чи безпечне місце пригоди? 3. Скільки постраждалих? 4. Чи в змозі присутні, якщо вони є, йому допомогти? Під час огляду місця пригоди поліцейський звертайте увагу на все, що може загрожувати його безпеці (оголені електропроводи, інтенсивний дорожній рух, уламки, які падають, тощо). Заборонено ризикувати життям і здоров’ям у зв’язку з тим, поліцейський сам може опинитися у ролі постраждалого.

У ситуації підвищеної небезпеки допомога повинна надаватися професійними працівниками служб, які мають відповідну підготовку та екіпірування (спорядження). Тобто поліцейському у разі загрози його життю і здоров’ю як рятівника необхідно викликати спеціальну службу, наприклад, працівників Міністерства надзвичайних ситуацій.

Якщо місце пригоди безпечно – слід негайно розпочати надання першої домедичної допомоги, а якщо воно є небезпечним для постраждалого – його слід перемістити у більш безпечне місце.

Фахівці визначають три типи безпеки, які треба враховувати під час оцінки ситуації:

- біологічна безпека (гепатит, ВІЛ, туберкульоз);

- фізична безпека (травми, поранення, отруєння);

- юридична безпека (обґрунтованість дій) [33].

Біологічна безпека, насамперед, забезпечується тим, що перед роботою з постраждалим/пораненим обов’язково надягаються медичні рукавички.

Фізична безпека, зокрема, забезпечується таким чином.

1. Підхід до постраждалого/пораненого та перевірка його свідомості під час прибуття патрульними на місце події здійснюється одним із напарників, у той час як інший відповідає за безпеку напарника. У роботі патрульних поліцейських тактична ситуація важливіша за медичну, тож обов’язковим до виконання є принцип «контакт прикриття».

2. При підході до постраждалого/пораненого слід оцінити загрози місця події, тобто який з тих факторів, що вразив постраждалого, може зашкодити поліцейському. Насамперед, цю інформацію може надати положення потерпілого. Крім того, інформацію про подію чи характер травм постраждалого можна отримати від свідків та перехожих (обставини, час, додаткові деталі, що можуть бути корисними в наданні допомоги).

3. Підходити рекомендовано з голови, зброя поліцейського повинна бути поза межами досяжності для постраждалого, спочатку візуально оцінити характер пошкоджень та перевірити притомність і реакцію постраждалого на звернення голосом, наприклад, запитаннями: «Що з вами трапилося?», «Вам потрібна допомога?», «Ви поранені»? Якщо постраждалий не реагує – він непритомний і його слід оглянути за стандартним алгоритмом «С-А-В-С», або українською мовою, за так званим протоколом «КОЛЕСО»:

К (Кровотечі масивні, критичні), О (Огляд дихальних шляхів), Л (Легені), Е (Ефективність дихання), С (Серце), О (Огляд усього тіла – Оцінка свідомості – Обігрів)» [35].

Чітке й правильне виконання алгоритму надання допомоги постраждалому/пораненому є основою юридичної безпеки патрульних поліцейських. Другий принцип полягає в огляді постраждалого з метою виявлення його стану і уявляє собою послідовність перевірок: свідомості, дихання, ступеню анатомічних пошкоджень (ці питання детально будуть розглянуті надалі).

Третій принцип полягає у виклику швидкої допомоги, адже спокійно та правильно зроблений виклик забезпечує швидке та ефективне отримання постраждалим професійної медичної допомоги. Як правило, той напарник, який виконує прикриття здійснює виклик 103 – бригади швидкої медичної (екстреної) допомоги.

У ситуаціях крайньої необхідності, коли для надання домедичної допомоги мають долучитися обидва поліцейських, їм доцільно попросити зателефонувати сторонніх осіб. Інформація, яку поліцейський має чітко передати на лінію 103:

1. Представитись: посада, прізвище, ім’я, по-батькові.

2. Назвати місця пригоди (з назвою найближчих вулиць, що перетинаються, орієнтири, назва будівлі) і як до нього під’їхати.

3. Кількість постраждалих.

4. Орієнтовний вік постраждалого.

5. Що трапилось з постраждалим.

6. Характер допомоги, що надається.

7. Номер телефону, з якого робиться виклик, для зворот-нього зв’язку.

Слухавка першою кладеться диспетчером лінії 103, а не поліцейським. Швидку медичну допомогу (лінія 103) необхідно викликати за таких ситуації: • втрата свідомості або рівень свідомості, що змінюється; • проблеми із диханням (утруднене дихання або його відсутність); • біль у грудях або відчуття тиснення у грудях; • сильна кровотеча; • сильний біль у животі; • блювота з кров’ю або кров’яні виділення (з сечею, мокротинням); • отруєння; • судоми, сильний біль або утруднена мова; • травми голови, шиї або спини, можливі травми (переломи) кісток; • раптове порушення руху.

Принцип четвертий полягає у безпосередньому наданні домедичної допомоги в залежності від стану постраждалого, яка має власні алгоритми.

**Крок 1**. Перевірка постраждалого/пораненого на наявність притомності та рівня свідомості.

1. Після наближення до постраждалого слід запитати гучним, але спокійним голосом чи все гаразд і легенько струснути та похлопати його по плечу (чіпати за обличчя заборонено, оскільки це може викликати агресію).

2. Якщо постраждалий притомний, запитайте у нього, в якому місці він відчуває біль або інші незвичні відчуття. Це допоможе виявити рівень свідомості постраждалого та надасть вам інформацію, яку можна буде використати під час надання йому допомоги.

3. Для виявлення рівня свідомості поставте постраждалому питання, які вимагають більш розгорнутих відповідей, ніж «так» або «ні»: «Як тебе звати?», «Яке сьогодні число?» та «Де ми знаходимося?».

4. Якщо постраждалий не відповідає, перевірте його реакцію у відповідь на біль, для чого енергійно потріть грудну кістку (грудину) кісточками ваших пальців або міцно стисніть м’яз у складці між великим та вказівним пальцем пораненого. Також перевірити чутливість потерпілого можна натисканням між 1 і 2 пальцем його руки (стисканням трапеції). Іншою рукою убезпечте себе від можливої агресії. Визначте рівень свідомості постраждалого/пораненого за шкалою AVPU. Зміни в оцінці свідомості перевіряються в подальшому приблизно кожні 15 хвилин.

Існує необхідність у фіксації відповідних даних для бригади швидкої медичної (екстреної) допомоги (в тактичній медицині під час евакуації для цього використовується так званий «MIST REPORT»): A (alert = притомний) – постраждалий знаходиться в ясній свідомості, знає хто він є, дату, де він тощо. V (verbal = словесний, вербальний) – постраждалий не усвідомлює того, що відбувається, але все-таки відповідає на вербальні (голосові) команди. Р (pain = біль) – постраждалий реагує на біль, але не на вербальні (голосові) команди. U (unresponsive = непритомний) – постраждалий непритомний, не реагує на вербальні (голосові) команди та біль.

**Крок 2.** Оцініть стан постраждалого/пораненого, застосовуючи правило «C-A-B-C» (Критична кровотеча – Дихальні шляхи – Дихання – Циркуляція), і надавайте необхідну домедичну допомогу. Поверніть потерпілого на спину, якщо він лежить на животі, звертайте увагу на будь-які поранення, які можуть бути у нього, особливо в області грудної клітини. Це положення дозволить вам краще оцінити стан постраждалого і зробити штучне дихання, якщо знадобиться. Водночас, якщо потрібно залишити постраждалого/пораненого без нагляду, не залишайте його на спині, а укладіть його в положення на бік, щоб дихальні шляхи залишалися відкритими (див. рис. 9). 43 Рис. 9

Техніка перевертання використовується, щоб мінімізувати можливі подальші ушкодження хребта, у випадку якщо у нього пошкоджена голова, шия або спина:

1. Встаньте на коліна поряд з пораненим так, щоб ваші коліна знаходилися біля його плечей. Між вами і пораненим повинно залишитися досить місця, щоб ви могли перекотити його до себе.

2. Підніміть руку пораненого, яка знаходиться ближче до вас, і покладіть її за його голову.

3. Поправте ноги пораненого так, щоб вони лежали поруч і прямо (чи майже прямо).

4. Покладіть одну руку під голову і шию пораненого. Цією рукою ви підтримуватимете його голову, поки його перевертатимете.

5. Вільною рукою потягніться через спину пораненого і вхопіться за одяг під протилежною рукою подалі від його пахвової ямки.

6. Спокійно і рівномірно потягніть пораненого за одяг на себе. Підтримуйте голову і шию пораненого на одному рівні з торсом і перевертайте його.

7. Переверніть пораненого цілком, підтримуючи його голову і шию на одному рівні.

8. Після того як пораненого перевернуто на спину, покладіть його руки уздовж тулуба.

**Крок 3**. Огляньте пораненого на наявність незупинених або тих, що знову відкрилися, небезпечних для життя масивних кровотеч. Спробуйте зупинити масивну кровотечу з ран кінцівок за допомогою ізраїльського компресійного бандажа з аптечки IFAK постраждалого, безпосередньо перетискаючи місця поранення; підйому кінцівок вгору; тампонування ран кровоспинними бинтами або інших засобів.

Основні правила накладання джгута поліцейським:

1. Джгут повинен бути легко доступним для виймання.

2. При масивній кровотечі джгут необхідно накласти максимально швидко (при пораненнях поліцейського, ним за можливості накладається собі джгут власноруч).

3. Джгут накладається тільки при кровотечі, яка є небезпечною для життя.

4. Накладання джгута виконується поверх одягу вище рани без зняття (розрізання одягу). На джуті зазначається час його накладання.

5. Джгут має забезпечити максимальний тиск на тіло до повної зупинки кровотечі з рани. За потреби, якщо кровотеча не зупиняється, вище першого поверх накладається ще один джгут.

6. Джгут не накладається в місцях розташування накладних кишень з речами та безпосередньо на коліно чи лікоть.

7. Джгут заборонено послаблювати з метою відновлення кровопостачання кінцівки.

8. За правилом, використовується власний джгут постраждалого. Кровоспинні або інші гемостатичні засоби, що зупиняють кровотечу, можуть бути використані для рани, на яку неможливо накласти джгут (наприклад, області паху або шиї), при цьому необхідно здійснювати прямий тиск на рану протягом не менше 3 хвилин.

Крім того, тимчасово кровотечу можна спинити одним із таких способів: - притиснути пальцем магістральну судину вище місця кровотечі, притиснути і максимально зігнути кінцівку, накласти первинну та стискаючу пов’язку, накласти кровоспинний джгут; - притиснути артерію пальцями до кісток або поверхні суглобів з метою зупинки кровотечі, можна за будь-яких обставин. Притискання проводиться не в рані, а вище – ближче до серця, перед накладанням джгута або пов’язки. При артеріальній кровотечі судину притискають вище місця поранення, а при кровотечі з вени – нижче рани (див. Додаток 2.1, 2.2).

**Крок 4**. Проведіть необхідні заходи для відновлення прохідності дихальних шляхів. Постійно спостерігайте за диханням постраждалого, оскільки його стан може погіршитися. Якщо поранений несвідомий або має труднощі з диханням:

1. Виконайте прийом «нахил голови назад – підйом підборіддя» або «закинути голову, висунути нижню щелепу і відкрити рот».

2. Перевірте дихання постраждалого, використовуючи методику «дивіться-слухайте-відчувайте»: - прикладіть вухо до рота та носа постраждалого; - дивіться, як підіймається та опускається грудна клітка та живіт; - слухайте звуки дихання, відчувайте дихання на вашому обличчі.

3. Зробіть штучне дихання, якщо необхідно: із розрахунку один штучний видих кожні п’ять секунд (обов’язково використовувати спеціальну маску та затискати ніс для запобігання втрати повітря). Перевірте пульс сонної артерії постраждалого після виконання 12 видихів.

4. Вставте носоглотковий повітропровід, якщо необхідно.

5. Дозвольте потерпілому у свідомості зайняти положення, при якому найкращим чином будуть захищені дихальні шляхи (наприклад, сидячи тощо).

**Крок 5**. Обробіть будь-які відкриті ушкодження грудної клітки. Огляньте пораненого на предмет проникаючих поранень грудної клітки, які можуть викликати колапс (спадання) легень.

1. Оголіть груди та перевірте чи відповідає кількість підйомів грудної клітки її опаданню. Приберіть мінімальну кількість одежі, необхідну для оголення рани та її лікування. Максимально захистіть постраждалого від впливу навколишнього середовища (спека або холод).

2. Огляньте грудну клітку на предмет вхідних та вихідних ран.

3. Відкриті рани грудей герметизують спеціальною наклейкою з клапаном. Якщо наклейки відсутні, покладіть шматок повітронепроникної тканини на рану (тканина повинна на 5 см виходити за межі поранення) і на видиху приклейте всі сторони повітронепроникної тканини.

4. Слідкуйте за потерпілим на предмет розвитку напруженого пневмотораксу – щоб його усунути слід підняти або повністю видалити наклейку, а якщо це не допомогло – ввести декомпресійну голку на стороні поранення в 2-му міжребер’ї по серединноключичній лінії за допомогою голки або катетера 14G довжиною не менше 8 см. Голка не спрямована в бік серця. Прийнятна альтернативна точка введення голки – 4-те або 5-те міжребер’я по передній пахвовій (підмишечній) лінії.

5. Покладіть постраждалого/пораненого у безпечне положення на боці, постраждалою (пораненою) стороною донизу (якщо характер поранення це дозволяє).

**Крок 6.** Повний вторинний огляд «з голови до п’ят». Таким чином, надання домедичної тактичної допомоги завжди припускає дотримання таких основних правил:

1. Слід налагодити довірчі відносини з потерпілим.

2. Ретельно оглянути постраждалого.

3. Заспокоювати, пояснювати власні дії, доглядати за потерпілим до прибуття медичної допомоги. Коротко пояснити випадковим свідкам, друзям та/або родичам потерпілого, що ви робитимете, чому і з якими обмеженнями ви можете зіткнутися.

4. За необхідності звернутися по допомогу 103 або до оточуючих.

5. Потерпілий повинен почуватися комфортно, слід поважати його людську гідність.

6. Пам'ятати про правила власної безпеки, не наражати себе на небезпеку: уникати мінних полів, вогню, токсичних речовин і т. ін. та надавати допомогу потерпілому тільки в безпечному місці; уникати прямого контакту з тілесними рідинами (кров'ю, слиною, блювотними масами); слідкувати за чистотою власних рук.

7. Евакуація потерпілого, якщо він потребує подальшого медичного лікування (див. Додаток 3.1, 3.2).

**Контрольні питання**

Сформулюйте поняття домедичної допомоги. Визначте нормативно-правову основи обов’язку поліцейського щодо надання домедичної допомоги. Яку інформацію слід передати на лінію 103?

Яким є алгоритм дій патрульного поліцейського, що виявив людину у невідкладному стані?

Які види відповідальності передбачені за порушення Закону України «Про екстрену медичну допомогу»?

Які порушення законодавства у сфері надання екстреної медичної допомоги передбачено Законом України «Про екстрену медичну допомогу»?

Яка адміністративна відповідальність настає за ненадання невідкладної допомоги?

Дайте кваліфікацію та розмежування кримінально караних дій у сфері ненадання невідкладної до(медичної) допомоги.

Які види відповідальності передбачені за порушення Закону України «Про екстрену медичну допомогу»?

Які порушення законодавства у сфері надання екстреної медичної допомоги передбачено Законом України «Про екстрену медичну допомогу»?

Розкажіть історію розвитку тактичної медицини.

Які види протоколів з надання домедичної допомоги Ви знаєте?

Чим відрізняються протоколи ТЕСС і ТССС?

Які існують види та засоби індивідуальної аптечки?

Чим відрізняється домедична допомога в секторі обстрілу та укриття?

Що передбачає евакуація постраждалого і яких принципів необхідно дотримуватися?

Які ризики необхідно враховувати під час оцінки ситуації?

Який алгоритм надання допомоги постраждалому?

Як визначити рівень свідомості постраждалого (шкала AVPU)?

Який стан постраждалого оцінюється за правилом «C-A-B-C»?

Поясніть техніку перевертання постраждалого.