

**МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ ДОНЕЦЬКИЙ
ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ВНУТРІШНІХ СПРАВ**

КАФЕДРА СПЕЦІАЛЬНОЇ ФІЗИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ

**НАВЧАЛЬНА ДИСЦИПЛІНА
«ДОМЕДИЧНА ПІДГОТОВКА»**

ЛЕКЦІЯ 3

**ОБСТЕЖЕННЯ ПОТЕРПІЛОГО НА МІСЦІ ПОДІЇ ТА НАДАННЯ
ПЕРВИННОЇ ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ БОЙОВИХ ДІЙ**

Обговорено та ухвалено на
засіданні кафедри
від «___» _____ 20_____
протокол № _____

ПЛАН ЛЕКЦІЇ

Вступ

1. Значення швидкого обстеження потерпілого в бойових умовах.
2. Первинний, повторний та вторинний огляд постраждалого
3. Алгоритм первинного огляду потерпілого (MARCH / CABCADE).
4. Евакуація та передача потерпілого до пункту медичної допомоги.

Підсумок, контрольні питання.

Висновки

Список використаних джерел

Мета заняття:

навчальна: ознайомити здобувачів з алгоритмами первинного обстеження постраждалих на місці події в умовах бойових дій; вивчити порядок дій поліцейського / військовослужбовця в зоні ризику та безпосередньо біля потерпілого; відпрацювати базові принципи надання домедичної допомоги відповідно до стандартів TCCC (Tactical Combat Casualty Care) та DOMED;

розвивальна: розвивати логічне мислення, увагу, вміння швидко оцінювати обстановку, приймати рішення в екстремальних умовах;

виховна: виховувати відповідальність за життя людини, психологічну стійкість, готовність діяти в умовах стресу, усвідомлення важливості гуманності навіть у бойовій обстановці.

Завданням теми є формування умінь та навичок здобувачів/здобувачок освіти необхідних для оцінки стану постраждалого, забезпечення повного та своєчасного проведення базових реанімаційних заходів, надання домедичної допомоги при масивній кровотечі, використовуючи підручні засоби, надання допомоги на догоспітальному етапі при різних видах ушкоджень, невідкладних станах та нещасних випадках до прибуття бригади екстреної медичної допомоги, організації та проведення транспортної іммобілізації та евакуації потерпілих із місця події.

Актуальність теми. Сучасна поліцейська діяльність пов'язана з високим ризиком травм, поранень, аварій, надзвичайних ситуацій і бойових дій. У перші хвилини після поранення саме дії поліцейського можуть визначити, чи виживе потерпілий. Знання та вміння надавати домедичну допомогу – не просто професійна компетентність, а обов'язок кожного працівника поліції. Особливо важливо забезпечувати **власну безпеку**, адже поранений чи постраждалий не може бути врятований, якщо сам рятувальник стане жертвою.

Вступ

Бойові дії та надзвичайні ситуації створюють обстановку, у якій час стає критичним чинником. Згідно з даними ТССС, понад **70% смертей у бойових умовах** відбувається ще до надання кваліфікованої медичної допомоги.

Основні причини:

- масивна кровотеча;
- обструкція дихальних шляхів;
- напружений пневмоторакс;
- травми голови, шиї, грудної клітки.

Завдання кожного бійця або поліцейського – **вчасно розпізнати небезпеку для життя і стабілізувати стан потерпілого до прибуття медиків**. Вкрай важливою для сучасного поліцейського є здатність долати труднощі, виживати у складних умовах виконання професійних обов'язків. Копінг-стратегії – це дії, що дозволяють людині долати складну життєву ситуацію на основі актуалізації її особистісних ресурсів та врахування умов і середовища, в якому відбувається ця ситуація. Це форма поведінки, що виявляється у готовності індивіда до розв'язання будь-яких життєвих проблем, ситуацій, завдань.

Незмінно важливою проблемою під час надання домедичної допомоги є своєчасна та належна зупинка кровотеч при наявності чи відсутності свідомості у постраждалого. З метою різнобічного висвітлення підходів до ведення цього загрозливого для життя стану важливо приділити увагу у набутті знань про оцінку стану постраждалого при кровотечах, про можливі ускладнення, засоби медичного призначення, що зупиняють кровотечі.

1. Значення швидкого обстеження потерпілого в бойових умовах

Перед будь-якими діями – **оцінка обстановки**:

- Визначити зону безпеки (чи триває вогонь, чи можлива евакуація).
- Забезпечити власний захист (бронежилет, шолом, укриття).
- Якщо обстановка дозволяє – наближення до потерпілого **під прикриттям**, обов'язково з повідомленням про свої дії («Я – свій, надаю допомогу»).

Якщо вогонь триває – діє принцип **“Care under fire”** (допомога під вогнем):

- першочергово – **зупинити масивну кровотечу турнікетом**;
- далі – евакуація потерпілого у безпечну зону;
- решта дій – лише після стабілізації обстановки.

Огляд місця події. При огляді місця події поліцейські мають дотримуватися тактичних принципів та заходів особистої безпеки:

- виконати візуальну оцінку місця події, оточення;
- забезпечити власну безпеку (фізичну/біологічну/юридичну), безпеку напарника та оточуючих;
- бути готовим вчасно реагувати на фактори загрози;
- встановити голосовий контакт (вербальна комунікація), провести оцінку стану свідомості постраждалого за шкалою AVPU (АГБІ), почати збір первинної інформації про стан постраждалого і обставини поранення/події;

- виконати безпечний підхід, проводити постійний контроль погляду/рук, перевірити наявність зброї, знаходитися у безпечній позиції при наданні допомоги.

Оцінка місця події: чи немає загрози (чи не може зашкодити рятувальникові те саме, що зашкодило постраждалому). Треба оцінити положення тіла, кінцівок постраждалого, одразу візуально оцінити характер пошкоджень, визначити наявність/ відсутність масивної (критичної) кровотечі. Підходити рекомендовано з голови, пам'ятаючи про безпеку. Руки постраждалого мають бути в полі вашого зору. Ваша зброя повинна бути поза межами досяжності для постраждалого.

Можна використовувати наступний алгоритм дій:

- при наближенні до постраждалого оглянути місцевість навколо нього, щоб знайти можливі чинники небезпеки та визначити предмети, які можуть травмувати рятувальника;

- перевірити наявність зброї у постраждалого (при наявності – роззброїти);

- слідкувати за рухами постраждалого під час огляду;

- оцінити вигляд постраждалого (наявність видимих травм та ознак критичної кровотечі);

- підходити та нахилитися до постраждалого потрібно з боку голови, щоб бачити його обличчя та руки, і вчасно зреагувати на рухи чи на приховану зброю);

- при можливості – працювати на одному коліні: це дасть змогу зробити маневр у випадку небезпеки;

- використовувати засоби індивідуального захисту (маску, рукавички, окуляри тощо);

- зробити доповідь черговому, увімкнути портативний відеореєстратор (бодікамеру).

Поліцейський, який надає допомогу (рятувальник) повинен пам'ятати, що тактична ситуація (на місці події) досить швидко може змінитися. Завжди слід постійно оцінювати ризики, що існують, а також загрози життю та здоров'ю постраждалого через затримки евакуації. Рятувальник починає комунікацію з постраждалим, визначає стан свідомості постраждалого за шкалою AVPU (АГБІ): перевіряє, чи він притомний, і чи реагує на голосовий контакт. Це можна зробити простими запитаннями: «Що з вами трапилось?», «Вам потрібна допомога?».

A (alert) – А (активний) – притомний, може спілкуватися.

V (voice) – Г (голос) – не спілкується, але реагує на голосове подразнення: відкриває очі, повертає голову в бік звуку, починає рухатися, стогне тощо.

R (rain) – Б (біль) – реагує на больове подразнення: стогне, відкриває очі, починає рухатися, намагається уникнути подразнення, згинає або розгинає кінцівки. Больове подразнення можна провести за допомогою легкого струсу за плечі, натискання великим та вказівним пальцем за виступаючу частину трапецієподібного м'язу (на надпліччі) або на місце між великим та вказівним пальцем на кісті постраждалого.

U (unresponsive) – І (інертний) – ніяк не реагує: непритомний.

2. Первинний, повторний та вторинний огляд постраждалого

Первинний огляд проводять рятувальники на місці події (у зоні непрямої загрози або евакуації) для оцінки стану постраждалого на наявність загроз життю та визначення необхідного об'єму надання допомоги. Алгоритм обстеження та надання допомоги: контроль кровотечі, забезпечення прохідності дихальних шляхів, контроль наявності (є чи немає) та ефективності (частота, характер тощо) дихання, стан кровообігу (ознаки сильної крововтрати, внутрішніх кровотеч), запобігання переохолодженню. Усе вищеописане відповідає послідовності надання допомоги за алгоритмом, який описаний акронімами MARCHE або CABCD, та відповідає вимогам наказу МОЗ України від 16.06.2014 №398.

План первинного огляду за MARCHE:

- Крок М (Massive bleeding) – пошук ознак масивної (критичної) кровотечі з кінцівок \ шиї \ пахв \ паху. Допомога: прямий тиск на рану або на судини вище поранення, накладання джгута, тампонада порожнини рани; перевірка ефективності накладених джгутів.
- Крок А (Airways) – забезпечення та контроль прохідності дихальних шляхів: ревізія\чистка ротової порожнини, відкриття дихальних шляхів. Допомога: висування підборіддя або нижньої щелепи вгору, введення носоглоткового або ротоглоткового повітровою.
- Крок R (Respiration) – перевірка наявності та ефективності дихання: підрахунок частоти дихання; пошук травм шиї та грудної клітини з усіх сторін (огляд та пальпація), стабілізація шиї (відповідно до наявних ресурсів). Допомога: при наявності дихання і відкритої травми грудної клітини – накладання оклюзійної пов'язки на рану; при відсутності дихання – проведення серцево-легеневої реанімації (СЛР).
- Крок С (Circulation) – забезпечення та контроль функції кровообігу: перевірка накладених джгутів/пов'язок; пошук травм живота, тазу, паху, кінцівок (огляд та пальпація); накладання пов'язок на відкриті рани, проникаючі поранення; стабілізація кінцівок, хребта (відповідно до наявних ресурсів); додатково – проведення нігтьової проби, визначення пульсу.
- Крок Н (Hyperthermia) – боротьба з гіпотермією (переохолодженням): використання термоковдри або покривала, додаткового одягу, щоб зігріти постраждалого.
- Крок Е (Evacuation) – підготовка до евакуації: контроль життєво важливих функцій (свідомості, дихальних шляхів, дихання, кровообігу), повторний огляд (кожні 3-5 хв), надання допомоги відповідно до нових виявлених загроз, заповнення картки пораненого (при наявності).

Рекомендований час проведення первинного огляду 1,5-2 хв (за винятком часу надання допомоги відповідно до виявлених ушкоджень та поранень).

Повторний огляд – це огляд, за змістом аналогічний первинному, який повторюють кожні 3-5 хвилин (контроль дихання – кожну хвилину) до приїзду бригади ЕМД для виключення погіршення стану постраждалого та можливості вчасно надати адекватну допомогу, враховуючи можливості рятувальника та тактичну ситуацію. Вторинний огляд – проводиться медичними працівниками для більш детального визначення наявних травм і ушкоджень, для контролю стану постраждалого та ефективності лікування. Як правило його проводять під час перевезення постраждалого до лікувального закладу. Він включає

травмоогляд (з голови до п'ят), вимірювання кров'яного тиску, вміст глюкози в крові, насичення киснем крові, ЕКГ тощо. Відповідно до знахідок під час огляду, медики надають екстрену (невідкладну) медичну допомогу.

3. Алгоритм первинного огляду потерпілого (MARCH / cABCDE).

Якщо в звичайній штатній ситуації робота з постраждалим починається з огляду, то при всіх травматичних випадках увага рятувальників обернена лише на пріоритет зупинки масивних (критичних) кровотеч з кінцівок, шиї, пахв, паху.

MARCH:

- **M (Massive bleeding)** – масивна кровотеча: накласти турнікет, тиснучу пов'язку, гемостатик.
- **A (Airway)** – дихальні шляхи: перевірити наявність дихання, очистити ротову порожнину, застосувати носоглоткову/ротоглоткову трубку.
- **R (Respiration)** – дихання: виявити поранення грудної клітки, накласти оклюзійну наліпку, контролювати дихальні рухи.
- **C (Circulation)** – кровообіг: оцінити пульс, колір шкіри, наповнення вен; у разі потреби – СЛР, використання АЗД.
- **H (Head/Hypothermia)** – голова, гіпотермія: перевірити свідомість, реакцію зіниць, захистити від переохолодження.

Короткий варіант **cABCDE** (використовується в цивільних протоколах):

- **c** – catastrophic bleeding
- **A** – airway
- **B** – breathing
- **C** – circulation
- **D** – disability (неврологічна оцінка)
- **E** – exposure/environment (огляд, запобігання переохолодженню)

Масивна кровотеча – це кровотеча, від якої постраждалий може померти в лічені хвилини. Це той стан, який вбиває найшвидше. Ще в момент підходу до постраждалого слід звертати увагу на наявність критичної кровотечі з кінцівок, пахв, паху та шиї. Треба пам'ятати про фізичну особисту безпеку при наданні допомоги: зброя має бути недосяжною для потенціального злочинця або постраждалого у стані психозу чи бойового стресу. Усі маніпуляції робимо лежачі (самодопомога) чи присідаючи на одне коліно (взаємодопомога).

Стабільне положення на боці (стабільне бокове положення, СБП). **Стабільне бокове положення** – положення постраждалого на боку, за якого дихальні шляхи у нього залишаються відкритими, навіть якщо постраждалий без свідомості. Переводити постраждалого в стабільне положення на боці слід у випадку коли в нього відсутні травми, він непритомний та дихає. **Виключення** – травма грудної клітки із ознаками розвитку напруженого пневмотораксу. При закритих травмах кінцівок, травмі голови без ознак ушкодження основи черепа переводити постраждалого в СБП умовно допускається, але за можливості слід контролювати прохідність дихальних шляхів іншими засобами: підтримання нижньої щелепи за допомогою рук, введення носоглоткового або ротоглоткового повітровою. Вкрай не рекомендовано переводити постраждалого в СБП при травмах (або підозрі на травму чи ушкодження) ключиць, шиї, хребта, тазу. Ці травми можна запідозрити (навіть при відсутності ознак при огляді) якщо причиною травми було: вимірювання пульсу є додатковою можливістю оцінити стан постраждалого, але існують певні ризики хибного визначення пульсу, які

пов'язані з недостатніми вміннями і навичками рятувальника та обставинами на місці події: не правильно вибране місце визначення, хибний підрахунок, помилкове визначення пульсу рятувальника замість пульсу постраждалого (коли вимірюють пульс великим пальцем замість), переохолодження постраждалого або рятувальника тощо. Тому вимірювання пульсу в постраждалого є додатковим методом контролю його стану. Сама відсутність пульсу при вимірюванні не є ознакою смерті – обов'язково мають бути інші ознаки, в першу чергу відсутність свідомості та дихання.

4. Евакуація та передача потерпілого до пункту медичної допомоги.

У більшості випадків постраждалий буде у змозі щось розповісти, або родичі/свідки можуть надати інформацію. Ця інформація дуже важлива з огляду на подальше лікування. Її можна збирати за наступним мнемонічним алгоритмом: SAMPLE (САЛОЇВ):

S – Симптоми, скарги постраждалого (біль, задишка, оніміння, поколювання тощо)

A – Алергії, що є в постраждалого

M – Ліки, які постійно приймає або приймав постраждалий напередодні (у тому числі наркотики)

P – Особливості здоров'я: чи є/були в постраждалого важкі, хронічні захворювання (серцеві, ниркові, легеневі, цукровий діабет, онкологія тощо), соціально небезпечні захворювання (туберкульоз, сифіліс, ВІЧ, гепатит тощо), медичні/хірургічні втручання або інші захворювання, що потребують постійного медичного супроводу.

L – Їжа, яку останній раз вживав постраждалий (що, коли, у тому числі алкоголь)

E – Випадок або ситуація, що могла бути причиною або сприяти ушкодженню (наприклад, пірнання, переохолодження, вплив небезпечних речовин тощо).

Крім того, при передачі постраждалого медикам, слід надати наступну інформацію за мнемонічним алгоритмом:

MIST-рапорт – це структурований алгоритм передачі інформації про постраждалого медикам бригади ЕМД.

M – механізм травми, тобто причина, внаслідок чого отримана травма (ДТП, вогнепальне, бійка тощо).

I – інформація щодо поранення, опис травми/рани (відкрита, закрита, рвана, проникаюча, скрізна тощо; яка частина тіла поранена).

S – стан постраждалого (свідомість, дихання, пульс; якщо виміряли декілька разів, вказати час кожного вимірювання (по можливості))

T – допомога, що надана (накладання джгута та час накладання, пристрої для підтримки дихальних шляхів, пов'язки, шини, ліки тощо).

Висновки

Вивчення теми надало цілісне розуміння ключових етапів та принципів надання домедичної допомоги в умовах бойових дій, де кожна секунда має вирішальне значення для збереження життя пораненого.

У **вступній частині** було підкреслено, що швидке й послідовне обстеження потерпілого є основою ефективної допомоги. Своєчасне виявлення критичних станів – таких як масивна кровотеча чи зупинка дихання – безпосередньо впливає на шанси виживання.

Принципи тактичної обстановки та безпеки рятувальника визначають, що першим пріоритетом завжди є власна безпека. Будь-які дії з надання допомоги здійснюються з урахуванням загроз на полі бою, дотриманням правил укриття, використанням засобів індивідуального захисту та координацією з підрозділом. Безпека рятувальника – це запорука безперервності допомоги іншим.

Не менш важливими є **психологічні аспекти дій у бойовій зоні**. Рятувальник повинен зберігати самоконтроль, діяти впевнено, підтримувати пораненого морально та уникати паніки серед особового складу. Стійкість до стресу і здатність швидко приймати рішення – невід’ємна складова професійної компетентності.

Завершальним етапом є **евакуація потерпілого** до пункту медичної допомоги. Вона потребує координації дій, знання способів транспортування, використання підручних засобів і дотримання принципу безперервності надання допомоги під час переміщення.

Отже, під час заняття було закріплено комплекс знань і навичок, необхідних для дій у бойових умовах: від оцінки обстановки до ефективної евакуації. Системне застосування алгоритму MARCH / ABCDE, дотримання правил безпеки й психологічна готовність рятувальника є ключовими чинниками, що забезпечують збереження життя та здоров’я особового складу в умовах збройного конфлікту.

КОНТРОЛЬНІ ПИТАННЯ ДЛЯ САМОПЕРЕВІРКИ

1. Які принципи тактичної медицини враховуються при наданні допомоги під час бойових дій?
2. Назвіть основні етапи алгоритму MARCH.
3. Які основні правила накладання турнікета?
4. Як діяти, якщо у потерпілого відсутнє дихання?
5. Які дії виконуються перед використанням АЗД?
6. Що таке протокол MIST і коли він застосовується?

Список використаних джерел

1. Тактична медицина ЗСУ. Навчальний посібник / МО України, 2023.
2. TCCC Guidelines (Committee on Tactical Combat Casualty Care, 2024).
3. DOMED – Домедична допомога в екстремальних умовах: Методичний посібник, 2024.
4. Наказ МВС України № 458 від 22.07.2020 р. «Про затвердження Положення про організацію домедичної допомоги».