

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

**НАВЧАЛЬНА ДИСЦИПЛІНА
«ДОМЕДИЧНА ПІДГОТОВКА»**

ЛЕКЦІЯ 7

**ПЕРВИННА ДОМЕДИЧНА ДОПОМОГА ПРИ ТРАВМАХ,
НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В СЕКТОРІ
ОБСТРІЛУ ТА ПЕРЕМІЩЕННЯ ПОРАНЕНОГО В БЕЗПЕЧНЕ МІСЦЕ**

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

ПЛАН ЛЕКЦІЇ

Вступ

1. Класифікація ушкоджень та їх ознаки.
2. Долікарська допомога в залежності від виду ушкодження.
3. Транспортування потерпілих. Транспортна іммобілізація.
4. Проведення оцінки стану потерпілого в умовах бойових дій. Забезпечення контролю масивної кровотечі та прохідності дихальних шляхів, оцінка дихання, циркуляції та гіпотермії.
5. Забезпечення евакуації поранених у безпечну зону з подальшим наданням допомоги відповідно до рівня небезпеки.

Висновок.

Контрольні питання.

Список використаних джерел.

Мета лекції:

освітня – ознайомити слухачів із принципами та алгоритмом надання первинної домедичної допомоги при травмах у різних умовах обстановки, формувати вміння швидко оцінювати стан постраждалого, визначати пріоритети дій у небезпечному середовищі, навчити алгоритму надання допомоги під час обстрілу та евакуації пораненого у безпечну зону, відповідно до стандартів TCCC (Tactical Combat Casualty Care).

виховна – виховання у майбутніх фахівців та фахівчинь прагнення допомогти іншим, чуйність, почуття поваги до прав людини, розуміння верховенства права;

розвивальна – розвиток здібностей у працівників поліції швидко і ефективно надавати домедичну допомогу, проводити організаційні заходи по врятуванню життя людини, забезпечити життєдіяльність організму при різних станах, вміло діяти та рятувати життя людини при різних обставинах.

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.

Дана тема має життєво важливе значення для кожного працівника правоохоронних органів, військовослужбовця чи громадянина, який може опинитися у ситуації, коли поряток є поранений, а рахунок іде на секунди. Сучасна війна, терористичні акти, надзвичайні ситуації вимагають від кожного не лише професійної витримки, а й чітких знань алгоритмів порятунку. Часто саме домедична допомога стає тим вирішальним фактором, який дає шанс людині вижити до моменту прибуття медиків. Ознайомимося з етапами надання первинної домедичної допомоги при різних типах травм – механічних, вогнепальних, вибухових, опікових. Розглянемо послідовність дій у секторі обстрілу – від самооцінки ризиків до евакуації пораненого. Навчимося визначати безпечний напрямок переміщення, використовувати укриття, засоби індивідуального захисту, імпровізовані носії. Обговоримо типові помилки, які допускають під час надання допомоги під час бойових дій чи обстрілів, та шляхи їх уникнення. Ми спиратимемося на стандарти ТССС (Tactical Combat Casualty Care), адаптовані до українських реалій, та вимоги Міністерства охорони здоров'я України і МВС України щодо підготовки персоналу, здатного діяти в екстремальних умовах.

Надання допомоги під обстрілом – це не просто набір дій, це моральна готовність, рішучість і вміння діяти під тиском. Ваше завдання як майбутніх офіцерів – у критичний момент не розгубитись, а діяти професійно, швидко і впевнено, пам'ятаючи головне правило: «Безпека рятівника – запорука порятунку пораненого». Отже, сьогодні ми навчимося не просто алгоритмів, а мисленню рятівника, яке дозволяє зберегти життя в найнебезпечніших умовах.

1. Класифікація ушкоджень та їх ознаки.

Поняття про рани: визначення, класифікація.

Рана – порушення цілості шкіри або слизової оболонки з можливим ушкодженням прилеглих тканин.

Класифікація ран:

1. За характером дії предмета, яким поранено рани бувають:

- колота рана виникає від дії ножа, багнета, заточки, шила, пік. Ці рани мають невеликі зовнішні розміри при великій глибині. Іноді такі рани бувають наскрізними. Через велику глибини пошкодження, можуть виникати внутрішньо порожнинні кровотечі та пошкодження внутрішніх органів, що робить ці рани важко діагностуваними і від цього особливо небезпечними. Також велика небезпека інфекційного зараження.

- різана рана має рівні неушкоджені края і іноді значну довжину. Вони сильно кровоточать. Виникають в результаті дії ножа, скальпеля. - рублена рана дуже схожа на різану, але при цьому ушкодження набагато обширніше. Іноді спостерігається розтравлення м'яких тканин, дроблення і переломи кісток. Виникають в результаті дії сокири, шаблі. - забита рана виникає внаслідок впливу тупого предмета (труби, молотка, обуха сокири тощо), при падінні з висоти. Через пошкодження судин навколо рани і їх закупорки порушується живлення країв рани кров'ю і як наслідок їх відмирання. Не слід недооцінювати небезпеку-такі рани легко інфікуються, що може стати причиною великого зараження.

- розчавлена виникає в результаті потрапляння кінцівки між рухомими частинами.

- рвана рана характеризується вирваними шматками тканин, нерівними краями, ушкодженнями м'язів, сухожилів, відшаруванням ділянок шкіри.

- скальпована рана виникає унаслідок удару гострим предметом, що рухається дотично до поверхні шкіри. Особливість цієї рани в тому що утворюються значні дефекти шкіри, що зумовлює тривале загоєння.

- укушена виникає при укусі тварин, людини. Рана глибока, рвана, з наявністю слини, зазвичай характерне масивне інфікування.

- вогнепальна рана виникає внаслідок дії кулі вогнепальної зброї. Така рана має рановий канал, заповнений рановим детритом, сторонніми тілами. Мають зону травматичного некрозу тканин, а також зону молекулярного струсу. Такі рани максимально інфіковані.

Розрізняють тупі (коли куля залишилася в тілі) і наскрізні (на виліт) поранення. **Наскрізні поранення** характеризуються наявністю вихідного отвору, який завжди більше вхідного. В залежності від типу кулі та дистанції стрільби рановий канал може бути не прямолінійним і викликати великі пошкодження. Іноді вихідний отвір може знаходитися з боку вхідного (поранення в голову, груди або живіт при наявності бронежилета). Вхідний отвір характеризується наявністю т.зв. штанцмарки-коло навколо рани, чорного кольору. З цього сліду визначають калібр зброї (розмір самої рани як правило менше). Куля може залучати до рани частинки одягу, спорядження, що в свою чергу може привести до зараження

- отруєна рана виникає під дією отруйних речовин: фосфорорганічних речовин, кислот, лугів.

2. За ступенем забруднення:

- асептична (операційна рана) - забруднена мікробами (рана, утворена в нестерильних умовах або нанесена в побуті, на виробництві тощо)

3. За глибиною ушкодження: - поверхнева - проникна - наскрізна - касательні - сліпа

4. За характером загоювання:

- загоювання первинним натягом спостерігається при різаних ранах, коли стінки та краї рани сполучені один з одним, при зашиванні операційних ран. Цри цьому стінки рани склеюються, злипаються між собою за рахунок фібринної плівки Первинне натягування при загоюванні рани характеризується зрошуванням країв рани без макроскопічно видимої проміжної тканини. Таке заживлення можливе при повному і тісному зтиканні країв рани, але без натягування тканин, при відсутності інфекції в рані, при відсутності гематоми, при збереженні життєздатності країв рани, при відсутності сторонніх тіл, інфікованих тіл та вогнищ некрозу;

- загоювання під струпом коли раневий дефект покривається кіркою (струпом), яка складається з крові, лімфи, міжтканинної рідини. Струп виконує захисну, бар'єрну функцію, під ним відбувається репаративний процес за рахунок утворення грануляційної тканини та регенеруючого епідерміса. Після етталізації струп відпадає. Вказанні види заживлення не мають між собою якісної різниці, раневий процес проходить всі фази розвитку, в регенеративних процесах приймають участь одні й ті ж клітинні культури. Закінчується заживлення рани формуванням сполучної (рубцевої) тканини.

- загоювання вторинним натягом спостерігається, коли краї та стінки рани не притуляються один до одного, коли є порожнина в рані, дефект тканин, багато загиблих тканин, розвивається інфекція.Заживлення таких ран проходить ті ж фази раневого процесу, що і при первинному натягуванні. Все ж таки спостерігається

некроз, гнійний процес, очищення рани, виконання дефекта грануляціями, формування колагенових, еластичних волокон з утворенням сполучної тканини (рубця). Заживлення ран вторинним натягуванням відбувається через нагноєння, гранулювання, раневу контракцію, формування рубця та епітелізацію.

Раневий процес - це реакція організму на травму, що характеризується послідовними протіканнями стадій (фаз) з патологічними, біохімічними та клінічними особливостями.

Розрізняють наступні фази (стадії) раневого процесу:

1. Фаза запалення, що характеризується ексудацією, розвитком запального набряку, некролізом, гідратацією.

2. Фаза проліферації, що характеризується переважанням відновних, регенеративних процесів, утворенням грануляційної тканини, дегідратацією.

3. Фаза загоювання – це дозрівання рубцевої тканини та епітелізація рани. Основними симптомами є: біль, кровотеча, зіяння рани, функціональні травматичні розлади. *Біль* – неминучий при всіх випадкових ранах, інтенсивність і тривалість його залежить від топографії рани, від стану ЦНС, від предмету, що поранив, від наявності чужорідних тіл і т.д. Найбільш болісні рани в області нервових стовбурів і сплетень, черевної порожнини, окістя.

Кровотеча – спостерігається з кожної рани, але інтенсивність і тривалість її залежить від калібру пошкоджених судин, від вигляду ран, кровотеча з рваних, забитих, розчавлених ран менш інтенсивна, ніж при різаних, рублених коли кровоточать дрібні шкіряні і мускульні судини, а тим більше великі. При рваних ранах кінці судин зм'яті, скручені, стінки розвалені і злипші. Ці обставини сприяють зупинці кровотечі.

Зіяння рани – це розходження її країв, пов'язане з еластичними властивостями пораних тканин, направленням рани, її глибиною, локалізацією, розміром пошкодження і дефектом тканини. Функціональні розлади - виникають при різноманітних ранах, їх можна поділити на трофічні і судинні, що тісно переплітаються між собою. Існують ранні ускладнення (одразу після ураження): кровотеча, гостра крововтрата, анемія, шок та пізні ускладнення (через декілька днів). Сюди відносять ранні та пізні вторинні кровотечі, нагноєння ран, сепсис і т.д. Інфіковану рану необхідно відрізнити від первинного мікробного забруднення. Останнє може мати місце і в ранах, що вважаються асептичними, стерильними.

Інфіковані рани – це такі, коли розвивається гнійний процес і є клінічні ознаки місцевої та загальної інфекції. Інфіковані рани загоюються по типу вторинного натягу, через гнійно-грануляційний процес. Обстеження пораненого повинно бути ретельним і всебічним. Відомості з анамнезу дозволяють отримати інформацію про предмет, що поранив.

При огляді рани визначають:

- 1) Розміри, вигляд рани, ступінь пошкодження тканин, її забрудненість;
- 2) Виявляють наявність деформацій, ступінь активних і пасивних рухів в суглобах;
- 3) Наявність і характер пульсу на периферійних артеріях кінцівок.

При наданні першої допомоги на догоспітальному етапі пораненій людині здійснюють:

- зупинка кровотечі;
- боротьба з шоком;
- негайна евакуація.

2. Долікарська допомога в залежності від виду ушкодження.

1. Зовнішні кровотечі (артеріальні, венозні, капілярні)

Ознаки:

- артеріальна – яскраво-червона, пульсує;
- венозна – темна, рівномірною;
- капілярна – повільне просочування.

Алгоритм допомоги:

1. Забезпечити безпеку, одягнути рукавички.
2. Провести **прямий тиск на рану**.
3. Накласти **турнікет** вище рани (для сильної кровотечі).
4. Вказати час накладання.
5. За відсутності турнікета – тампонування рани гемостатичним бинтом.
6. Постійно контролювати стан постраждалого.

2. Порушення дихання (обструкція, травма грудної клітки)

Причини:

- потрапляння сторонніх предметів;
- западіння язика;
- набряк;
- проникаючі поранення грудної клітки;
- закриті травми (зламани ребра).

Допомога:

1. Очистити ротову порожнину.
2. Провести прийоми відновлення прохідності:
 - запрокидування голови / висування нижньої щелепи;
 - стабільне бокове положення.
3. При сторонньому тілі – **удари між лопатки та прийом Геймліха**.
4. При проникаючому пораненні грудної клітки – **оклюзійна пов'язка**.
5. Контроль дихання, у разі його відсутності – **СЛР**.

3. Втрата свідомості

Можливі причини:

- травма голови;
- інсульт;
- шок;
- отруєння;
- серцеві проблеми.

Допомога:

1. Перевірити свідомість (за методом «Голос-Дотик»).
2. Відкрити дихальні шляхи.
3. Оцінити дихання 10 сек.
4. При нормальному диханні – надати **стабільне бокове положення**.
5. Постійно контролювати стан.

4. Зупинка дихання та серцевої діяльності

Алгоритм:

1. Перевірка реакції та дихання.
2. Виклик екстреної допомоги.
3. Початок СЛР:
 - **30 компресій : 2 вдихи;**
 - глибина компресії 5–6 см;
 - частота 100–120/хв.
4. Використання АЗД (автоматичного зовнішнього дефібрилятора):
 - увімкнути;
 - приклеїти електроди;
 - виконувати команди пристрою.
5. Проводити до приїзду медиків або відновлення ознак життя.

5. Переломи, вивихи, травми кінцівок

Ознаки:

- біль, набряк, деформація;
- неможливість руху;
- укорочення кінцівки.

Алгоритм допомоги:

1. Не рухати травмовану кінцівку без необхідності.
2. Провести **імобілізацію** шиною або підручними засобами.
3. Фіксація повинна охоплювати 2 суглоби.
4. При відкритому переломі – спочатку накласти пов'язку, потім імобілізацію.
5. За можливості – холод на травмовану ділянку.

6. Опіки (термічні, хімічні, електричні)

Термічні:

- Охолодження протягом 10-20 хв. (вода кімнатної температури).
- Чиста суха стерильна пов'язка.
- Не використовувати масла, жири, мазі.

Хімічні:

- Тривале промивання водою (15-20 хв.).
- Видалити пошкоджений одяг.
- Уникати поширення хімічної речовини.

Електричні:

- Вимкнути джерело струму.
- Перевірити свідомість та дихання.
- Можлива потреба в СЛР.

7. Травми голови та хребта

Ознаки:

- втрата свідомості, дезорієнтація;
- нудота, блювання;
- порушення рухів;
- біль у шиї або спині.

Допомога:

1. Не рухати постраждалого без критичної потреби.
2. Забезпечити **фіксацію шийного відділу хребта**.
3. Контролювати дихання та свідомість.
4. При блюванні – обережно повернути все тіло в бік.
5. Можливе застосування шийного коміра.

8. Гіпотермія та тепловий удар

Гіпотермія:

- перемістити в тепле місце;
- сухий одяг, ковдра;
- тепле пиття (не алкоголь).

Тепловий удар:

- перенести в тінь;
- охолодження (вологі серветки, вода);
- контроль дихання;
- якщо постраждалий у свідомості – відновлення водно-сольового балансу.

3. Транспортування потерпілих. Транспортна іммобілізація.

Транспортування постраждалого – один із найважливіших етапів надання домедичної допомоги, особливо у випадках, коли від швидкості та правильності дій залежить життя людини. Неправильне транспортування може погіршити стан потерпілого, спричинити додаткові травми, зокрема ураження хребта або кінцівок, та ускладнити подальше лікування.

3.1. ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ТРАНСПОРТУВАННЯ ПОТЕРПІЛИХ

1. Безпека рятувальника – передусім.
 2. Оцінити місце події: наявність загроз (вогнь, вибухонебезпечні предмети, електрика, вода, обстріл, транспорт). Рятувальник не повинен ставати другим потерпілим.
 1. Швидкість, але не поспіх. Транспортування здійснюється швидко, але без необдуманих рухів, що можуть нашкодити постраждалому.
 2. Мінімізація рухів хребта та уражених ділянок. Особливо важливо при підозрі на травму шийного відділу, таза, стегна, переломи довгих кісток.
 3. Стабілізація – перед транспортуванням.
 - контроль дихальних шляхів;
 - зупинка критичної кровотечі (турнікет, гемостатик, тампонування);
 - накладення пов'язок;
 - іммобілізація ушкоджених кінцівок.
 4. Правило командування.
- Рухи кількох рятувальників узгоджує одна особа – "керівник транспортування".

3.2. ПОКАЗАННЯ ТА ПРОТИПОКАЗАННЯ ДО ТРАНСПОРТУВАННЯ

3.2.1. Показання:

- Небезпека на місці події (вогнь, токсичні речовини, загроза обвалу).
- Необхідність перенесення до місця, де можливо надати першу допомогу.
- Необхідність евакуації до місця збору / укриття.

- Необхідність транспортувати для підключення до АЗД, кисню або спеціального обладнання.

3.2.2. Протипоказання (поки не усунені):

- Ненакладена іммобілізація при переломах кінцівок.
- Нестабільне дихання чи відсутність прохідності дихальних шляхів.
- Не зупинена масивна кровотеча.
- Підозра на травму шийного відділу без правильної фіксації.

4. СПОСОБИ ТРАНСПОРТУВАННЯ ПОТЕРПІЛИХ

4.1. Без засобів (мануальні способи):

1. Переміщення методом “волочіння” за плечі або одяг — використовується в умовах небезпеки.
2. Перенесення “на руках” або “на спині” — лише при легких травмах.
3. Перенесення удвох або втрюх з підтримкою кінцівок та тулуба — найкращий ручний метод при відсутності нош.
4. Метод «три- або чотириточкового захвату» для витягування з автомобіля.

4.2. З використанням підручних засобів:

- плащ-накидка, одяг, куртка як імпровізовані ноші;
- дверне полотно, дошка, щит;
- мотузкові петлі;
- ковдра або спальник.

4.3. З використанням спеціального обладнання:

1. М'які та жорсткі ноші
2. Складні ноші та евакуаційні стропи
3. Щити-спінборди (spine board)
4. Ковшові ноші — рекомендовані при переломах таза, стегна.
5. Вакуумні матраци — найкращий спосіб при множинних травмах.

5. ТРАНСПОРТНА ІММОБІЛІЗАЦІЯ

Транспортна іммобілізація – це знерухомлення травмованої частини тіла для запобігання подальшим ушкодженням під час переміщення потерпілого.

5.1. Загальні принципи іммобілізації:

- фіксуються два сусідні суглоби вище та нижче перелому;
- накладення шин поверх одягу;
- запобігання стисканню кровоносних судин;
- перевірка кровообігу після накладення (пульс, колір шкіри, температура).

5.2. Види шин:

1. Шина Крамера (дротяна, універсальна)
2. Пневматичні шини
3. Вакуумні шини
4. Надувні шини
5. Спеціальні шини для фіксації шийного відділу (комірці)
6. Імпровізовані шини: дошки, лижі, гілки, парасольки, палиці

5.3. Іммобілізація різних частин тіла

Переломи верхніх кінцівок

- шина Крамера з фіксацією плечового і ліктьового суглоба;
- косинка для підтримки.

Переломи нижніх кінцівок

- фіксація стегна, коліна й гомілки;
- використання вакуумної шини або двох довгих шин.

Перелом ключиці

- пов'язка Дезо або іммобілізація косинкою.

Підозра на травму хребта

- жорстка поверхня + фіксація голови;
- перенос тільки на спінборді або вакуумному матраці.

6. ОСОБЛИВОСТІ ТРАНСПОРТУВАННЯ ПРИ РІЗНИХ ВИДАХ ТРАВМ

Травма голови

- Заборонено різкі рухи.
 - Максимальна стабілізація шиї.
2. Поранення грудної клітки
 - Напівсидяче положення (за можливості).
 - Контроль дихання.
3. Переломи таза
 - Використовувати ковшові ноші;
 - застосування тазового бандажу.
4. Кровотечі
 - Транспортування лише після накладання турнікета або пов'язки.

7. ТИПОВІ ПОМИЛКИ ПІД ЧАС ТРАНСПОРТУВАННЯ

- пересування потерпілого без іммобілізації;
- транспортування у сидячому положенні при підозрі на перелом хребта;
- надмірне стискання кінцівок під час накладання шин;
- неправильна командна робота рятувальників;
- відсутність контролю стану постраждалого під час переміщення.

Транспортна іммобілізація та транспортування потерпілого – важлива частина домедичної допомоги, що напряму впливає на виживання та подальший прогноз. Кожен правоохоронець повинен володіти методами безпечної евакуації, знати правила фіксації кінцівок, стабілізації хребта та застосування індивідуальних і підручних засобів.

4. Проведення оцінки стану потерпілого в умовах бойових дій. Забезпечення контролю масивної кровотечі та прохідності дихальних шляхів, оцінка дихання, циркуляції та гіпотермії.

Умови сучасних бойових дій вимагають від кожного правоохоронця, військовослужбовця чи службовця сектору безпеки здатності **швидко оцінити стан пораненого та надати домедичну допомогу**, яка рятує життя протягом перших хвилин після ураження.

Військова домедична допомога базується на пріоритетних протоколах MARCH/PAWS (TCCC), що дозволяють структурувати дії рятувальника, мінімізувати втрати та забезпечити максимально ефективне використання часу й ресурсів.

2. Основні принципи оцінки постраждалого в умовах бою

Оцінка починається з трьох ключових компонентів:

1. **Безпека рятівника** – контроль сектора, укриття, вогонь у відповідь (якщо це покладено службовими обов'язками), димові/світлошумові засоби.
2. **Швидкий підхід до потерпілого** – використання укриття, коротких перебіжок, тактичних жестів.
3. **Первинний огляд за алгоритмом MARCH:**
 - **M** – Massive bleeding (масивна кровотеча)
 - **A** – Airway (дихальні шляхи)
 - **R** – Respiration (дихання)
 - **C** – Circulation (циркуляція, шок)
 - **H** – Hypothermia/Head injury (гіпотермія / травма голови)
3. **M – Контроль масивної кровотечі**
 - 3.1. **Ознаки масивної кровотечі**
 - Струменева кровотеча «фонтаном», яскраво-червона.
 - Пляма крові швидко збільшується.
 - Насиченість одягу кров'ю за лічені секунди.
 - Видимі часткові або повні ампутації.
 - Втрата свідомості через крововтрату.
 - 3.2. **Заходи зупинки кровотечі**
 1. **Турнікет високого накладання (high and tight)**
 - Накладається максимально високо на кінцівку (попередній огляд може бути неможливим).
 - Затягується до повної зупинки кровотечі.
 - Фіксується час накладання.
 2. **Гемостатичні засоби** (коли турнікет непридатний: пах, пахви, шия — з дотриманням безпеки дихальних шляхів)
 - Щільне тампонування рани бинтом із гемостатиком.
 - Утримання тиску 3 хвилини мінімум.
 3. **Притискання артерії**
 - Використовується тимчасово, під час бою або до накладання турнікета.
 4. **Перевірка ефективності**
 - Кровотеча повинна припинитися повністю.
 - Якщо продовжується — докрутити турнікет або накласти другий.
4. **A – Забезпечення прохідності дихальних шляхів**
 - 4.1. **Оцінка стану постраждалого**
 - Реакція на голос/дотик (AVPU).
 - Наявність блювотних мас, крові, сторонніх предметів.
 - Чи є хрипи, булькання, утруднене вдихання.
 - 4.2. **Забезпечення прохідності**
 1. **Висування нижньої щелепи (jaw thrust)** – основний прийом у бойових умовах.
 2. **Відсмоктування рідин** – якщо є можливість.
 - 4.3. **Особливі випадки**
 - **Проникаюча травма обличчя** → швидка евакуація, постійний контроль прохідності.
 - **Травма щелепи** → стабілізація голови, постійна підтримка дихальних шляхів вручну.

5. R – Оцінка та забезпечення дихання

5.1. Оцінка дихання

- Частота, симетричність, глибина.
- Візуальна оцінка грудної клітки.
- Аускультация — якщо дозволяють умови (рідко у бою).
- Ознаки напруженого пневмотораксу:
 - наростаюча задишка;
 - асиметрія грудної клітки;
 - ціаноз;
 - набухання шийних вен;
 - погіршення свідомості.

5.2. Заходи

1. **Оклюзійна наліпка на відкриту рану грудної клітки.**

2. **Позиція для полегшення дихання – напівсидячи або на боці, якщо дозволяє стан.**

6. C – Оцінка циркуляції та профілактика шоку

6.1. Ознаки шоку

- Блідість, холодна шкіра.
- Прискорений пульс.
- Сплутаність свідомості.
- Низький артеріальний тиск.

6.2. Дії

- Повторна оцінка всіх джерел кровотечі.
- Накриття ізотермічним покривалом.
- Мінімізація рухів потерпілого.
- Підготовка до евакуації та передача інформації (MIST).

7. H – Гіпотермія та травма голови

Навіть у теплу пору року поранений **втрачає тепло надзвичайно швидко**, що посилює коагулопатію та шок.

7.1. Профілактика гіпотермії

- Ізотермічне покривало або двошарова теплоізоляція.
- Укладання на суху поверхню.
- Мінімізувати роздягання при огляді.
- Захист голови та шиї.

7.2. При підозрі на ЧМТ

- Забезпечення прохідності дихальних шляхів.
- Контроль положення голови.
- Постійний моніторинг рівня свідомості.
- Заборона введення рідин у надлишку (ризик підвищення внутрішньочерепного тиску).

8. Вторинний огляд, документування та підготовка до евакуації

Після стабілізації життєво важливих функцій проводять:

1. Повний огляд за принципом «від голови до п'ят».
2. Нанесення маркувань на турнікет (час).
3. Заповнення картки ТССС (якщо є).
4. Повідомлення за схемою *MIST*:
 - **М** – механізм травми

- I – травми
- S – симптоми
- T – лікування, що було надане.

5. Забезпечення евакуації поранених у безпечну зону з подальшим наданням допомоги відповідно до рівня небезпеки.

Транспортувати пораненого з поля бою необхідно лише в тому разі, якщо дозволяє тактична ситуація, або за наказом командира підрозділу. Якщо бойова обстановка не дозволяє швидкого переміщення непритомного постраждалого в укриття, необхідно безпечно для себе перевернути його на живіт, оскільки поранений без свідомості може загинути внаслідок западання язика або аспірації крові/блювотних мас. У секторі обстрілу можна виконати припинення зовнішньої кровотечі при локалізації рани в ділянці шиї, рук чи ніг (видима рана, з якої витікає кров, пляма на одязі або калюжа крові під частиною тулуба, рукою чи ногою). У «червоній зоні» необхідно припинити виключно небезпечну для життя кровотечу. Під час виконання будь-якої маніпуляції в секторі обстрілу поранений і медичний працівник перебувають у небезпеці, тому все необхідно робити максимально швидко з додержанням правил особистої безпеки (рятувальник не піднімається вище від тіла пораненого, який лежить на землі). Евакуаційні засоби. Головний фактор евакуації в «червоній зоні» – швидкість. Необхідно скоротити час перебування рятувальника в небезпечній зоні до мінімуму. **Перетягування («червона зона»)** використовують для швидкого переміщення пораненого на короткі дистанції. Перетягування пораненого двома рятувальниками дає можливість перемістити постраждалого швидше і простіше, але відкриває відразу двох солдатів вогневому впливу противника, створюючи більш зручну групову мішень

Перенесення («червона зона»). Перенесення передбачає підняття пораненого з землі. Спосіб перенесення пораненого солдата за допомогою одного рятувальника, якому віддають перевагу, – це спосіб Хауса (перенесення на спині). Якщо поранений в свідомості і може сприяти переміщенню, використовують спосіб підтримування пораненого одним рятувальником. Пам'ятайте, поранений разом з усім спорядженням може важити до 150 кг. Іноді можна використовувати спосіб перенесення пораненого двома рятувальниками, такий як перенесення пораненого двома рятувальниками «один за одним» або спосіб підтримування пораненого двома рятувальниками, але такі способи досить складні і наражають солдатів на вогневий вплив противника

Евакуаційний строп («червона зона»). Має широкий спектр застосування. Найбільш поширений спосіб – евакуація пораненого бійця з-під вогню в укриття. Це поліамідний строп, прошитий із певним кроком, на кінці – прикріплений карабін, «кішка» або будь-який інший фіксатор.

М'які ноші («жовта зона», «зелена зона») Тактичні, м'які, ноші використовують військові, рятувальники, сили спеціального призначення. Легкі, компактні, вміщаються в невеликий утилітарний підсумок. Являють собою прямокутник із щільної тканини, переважно кордури, розміром 190×70 см (можуть відрізнятись залежно від виробника) з прошитими поліамідними стропами, ручками, ременями для фіксації постраждалого. Їх використовують

для транспортування пораненого як групою осіб (2-6), так і самотійно, тягнучи ноші з пораненим по землі.

Допомога в «жовтій зоні». Після евакуації пораненого в укриття необхідно провести огляд тіла на наявність травм і поранень, за їх наявності надати невідкладну медичну допомогу. Медичну допомогу надають після виконання бойового завдання, якщо це дозволяє тактична ситуація, та за наказом командира. У секторі укриття з пораненого необхідно зняти захисне спорядження. Це потрібно робити швидко та злагоджено: один рятувальник знімає шолом, інший одночасно знімає бронезилет. **Надання екстреної медичної допомоги в цій зоні передбачає:** – проведення первинного та вторинного оглядів пораненого; – перевірку наявності критичної кровотечі та її припинення; – забезпечення прохідності верхніх дихальних шляхів, тампонаду рани, накладання стискальної пов'язки; – використання Pill Pack з індивідуальної аптечки пораненого.

Підсумки лекції.

Під час війни кожний правоохоронець, кожен курсант і кожен українець, який володіє навичками домедичної допомоги, підвищує шанси наших бійців вижити. А якщо маєте бажання – завжди можна підтримати наших захисників через надійні перевірені канали.

У бойових умовах **кожна секунда вирішальна.**

Ключовими елементами успішної домедичної допомоги є:

- швидка оцінка ситуації й безпеки;
- послідовна робота за алгоритмом MARCH;
- контроль кровотечі як абсолютний пріоритет;
- забезпечення прохідності дихальних шляхів;
- оцінка дихання, циркуляції та профілактика гіпотермії;
- грамотна підготовка до евакуації.

КОНТРОЛЬНІ ПИТАННЯ ДЛЯ ЗВОТНОГО ЗВ'ЯЗКУ

1. Чому іммобілізація є критично важливою перед транспортуванням?
2. У яких випадках заборонено переміщувати потерпілого?
3. Які види шин застосовуються під час транспортної іммобілізації?
4. Особливості транспортування при травмі хребта.
5. Назвіть найбільш небезпечні помилки під час евакуації.
6. Способи наближення до поранених на полі бою.
7. Способи відтягування поранених і винесення їх із поля бою в укриття.
8. Способи тимчасового припинення зовнішньої кровотечі на полі бою.
9. Способи накладання асептичної пов'язки при пораненнях кінцівок, живота, грудної клітки.
10. Медичне сортування постраждалих, види, мета.
11. Принципи розподілу поранених при евакуації в умовах тактичної медичної допомоги.

Список використаних джерел.

1. Жидецький В.Ц. Перша допомога при нещасних випадках: запитання, завдання, тести та відповіді : Навч. посіб./ В.Ц. Жидецький, М.Є. Жидецька. – К.: Основа, 2003. – 124 с.
2. Западнюк Б.В., Крейдич С.А. Невідкладна медична допомога: Посібник / Б.В. Западнюк, С.А. Крейдич. – К: Київський нац. ун-т внутр. справ, 2006. – 185 с.
3. Малий Ю.В. Транспортна іммобілізація (методичні, біомеханічні, технічні аспекти) / Ю.В. Малий, В.К. Малий. – Т.: Укрмедкн., 2004. – 187 с.
4. Основи медичних знань: долікарська допомога та медико-санітарна підготовка: Навч. посіб. / О.В. Чуприна, Т.В. Гришак, О.В. Долинна. – К.: Вид.-во «ПАЛИВОДА А.В.», 2006. – 216 с.
5. Приходько І.І. Перша медична допомога: Навч. посіб. / І.І. Приходько. – Харків: МВС України. Акад. внутр. військ МВС України. – 2006. – 55 с.
6. Тактика надання самопомоги та взаємодопомоги під час ведення бойових дій: навчальний посібник / Р.С. Троцький, О.В. Чуприна, О.А. Блінов. –К. - : ФПФ НГУ НАВС - 2016. – 137 с.
7. Домедична допомога в умовах бойових дій : методичний посібник / В. Д. Юрченко, В. О. Крилюк, А. А. Гудима [та ін.]. – Київ : Середняк Т. К., 2014. – 80
8. Мінно-вибухова травма внаслідок сучасних бойових дій на прикладі антитерористичної операції на сході України / С. О. Гур'єв, Д. І. Кравцов, В. Є. Казачков [та ін.] // Травма. – 2015. – № 6. – С. 5–8.