

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

**НАВЧАЛЬНА ДИСЦИПЛІНА
«ДОМЕДИЧНА ПІДГОТОВКА»**

ЛЕКЦІЯ 11

**ТАКТИКА НАДАННЯ ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОСТРАЖДАЛИМ
В БОЮ ЗА АЛГОРИТМОМ MARCH**

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

ПЛАН ЛЕКЦІЇ

Вступ

1. Етапи тактичної допомоги та їх значення. Надання допомоги під вогнем і в складних тактичних умовах. Оцінка оперативної (бойової) обстановки та визначення рівня потенційних загроз.
2. Використання алгоритму MARCH як основи тактичного огляду. Превентивні тактичні методи для усунення загроз.
3. Алгоритми надання невідкладної допомоги при специфічних травмах. Особливості допомоги після застосування спецзасобів (сльозогінний газ, кайданки тощо).

Висновки

Список використаних джерел

Мета лекції:

освітня – формування у слухачів базових знань про тактичну медицину, організація і надання домедичної допомоги в бойових умовах та при невідкладних станах в побутових умовах;

виховна – формування спроможності рятувати та зберігати життя людини, яка перебуває у невідкладному стані мирного часу, в умовах бойової обстановки;

розвивальна – розвиток інтелектуальних здібностей у працівників поліції швидко і ефективно надавати домедичну допомогу, вміння проводити організаційні заходи по врятуванню життя людини, активізація пізнавальної діяльності щодо забезпечення життєдіяльності організму при різних станах.

ВСТУП

Надання домедичної допомоги на полі бою є основною запорукою врятування життя пораненому. Аналіз причин загибелі військовослужбовців під час ведення бойових дій вказує на те, що значну їх частину можна було б врятувати при своєчасному та якісному наданні домедичної допомоги. Ця кількість коливається від 9% (Чеченська кампанія) до понад 25% (війна в Іраку та Афганістані). Вивчення особливостей надання домедичної допомоги у воєнний період для кожного бійця в західних арміях призвело до гарних результатів – кількість загиблих від поранень в армії США зараз є найнижчою за всю історію.

Шанси пораненого вижити часто зумовлюються здатністю того, хто знаходиться поруч, надати йому необхідну першу допомогу. 90% загиблих в результаті поранення помирають до того моменту, поки пораненого доставлять в госпіталь. Лікар такого пораненого навіть не встиг побачити. 80% загиблих в результаті поранення помирають в перші 30 хвилин після поранення. Ці 30 хвилин поруч з пораненим будете тільки ВИ. 99% превентивних смертей (тих смертей, від яких вберегли поранених на полі бою), мали часу на порятунок від 1 до 10 хвилин. Але поряд з пораненими були обізнані і вмілі товариші, які встигли його врятувати. В реаліях бойових сутичок прийняття рішення по наданню допомоги належить тільки ВАМ. Розраховувати, що це зробить хтось інший, як

правило, не доводиться. Дуже часто поруч з пораненим виявляється тільки один військовослужбовець, і можливо, ним виявитеся саме ВИ. Але, навіть якщо навколо пораненого зібрався натовп – це ще не означає, що хтось наважиться першим приступити до надання допомоги. Три або чотири хвилини такого взаємного вичікування і ... надавати допомогу вже буде нікому.

1. Етапи тактичної допомоги та їх значення. Надання допомоги під вогнем і в складних тактичних умовах. Оцінка оперативної (бойової) обстановки та визначення рівня потенційних загроз.

Тактична медицина – це надання медичної допомоги під час військових дій. Тактична медицина враховує той факт, що місце і обставини в яких надається допомога під час бойових дій, принципово відмінні від звичних лікарень. Тактична медицина (ТМ) – це надання допомоги на догоспітальному етапі, яке спрямоване передусім на попередження причин смерті, за принципами, що враховують загрозу від бойових дій. У сутність сучасної ТМ закладений інший алгоритм надання невідкладної медичної допомоги, ніж зазвичай (наприклад, під час дорожньо-транспортної пригоди, надзвичайної ситуації та/або при вогнепальному пораненні мирного часу).

Домедична допомога – 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 урятування та збереження життя людини, яка перебуває у невідкладному стані. ТМ є особливим розділом невідкладної медичної допомоги з власним концептуальним порядком дій щодо надання домедичної допомоги пораненому (потерпілому) на полі бою.

Розділяють тактичну медицину власне в умовах бойових дій та тактичну екстрену медицину.

Ранній початок лікарської допомоги є фактором, який значно покращує шанси на виживання та відновлення функцій у пораненого. Тому існує поняття «золотої години» – перша година після поранення, протягом якої повинно розпочатись надання кваліфікованої лікарської допомоги.

Основними причинами смерті 80-90% поранених стали масивна крововтрата та шок. При цьому локалізація поранень в 48% випадків – в тулуб, у 31% – у верхні та нижні кінцівки, у 21% – в шию чи пахові ділянки, де проходять магістральні кровоносні судини. Пошкодження, які виникають у сучасних збройних протистояннях, значно обмежують час надання допомоги на полі бою:

При кровотечі з магістральних судин кінцівок (стегова, плечова) поранений гине до 2 хв. (локалізація рани – ділянка плеча (пахвова ямка) або стегна (пахова ділянка)). *Причина смерті* – швидка втрата значної кількості крові. При кровотечі із судин шиї (сонна артерія, яремна вена) смерть настає теж до 2 хв. (локалізація рани – ділянка шиї). *Причини смерті* – швидка втрата значної кількості крові, засмоктування повітря в крупні вени і закупорка ним судин. При кровотечі із судин голови поранений може загинути від декількох секунд до однієї години (локалізація рани – волосиста частина голови). При зовнішній артеріальній кровотечі з ран передпліччя, гомілки чи тулуба смерть може настати до однієї

години. *Причини смерті* – швидка втрата значної кількості крові, розвиток шоку. При виникненні непрохідності верхніх дихальних шляхів через западання язика за умов втрати свідомості (травма голови, шок) в положенні на спині поранений гине до 5 хв. *Причина смерті* – зупинка серця внаслідок недостатнього надходження кисню. При раптовій зупинці серця внаслідок ударної хвилі, закритої травми грудної клітки, сильного стресу смерть настає через 5 хв. *Причини смерті* – зупинка діяльності серця і, як результат, припинення транспортування кисню до клітин. При проникаючому пораненні грудної клітки смерть настає від 10-15 хв. до однієї години (локалізація рани – ділянка грудної клітки). Причини смерті – виключення легені з боку поранення з акту дихання, втрата значної кількості крові.

Розрізняють два місця надання домедичної допомоги під час ведення бойових дій:

- 1) безпосередньо в секторі обстрілу;
- 2) в секторі укриття.

Виділяють три етапи надання допомоги пораненим у військово-польових умовах.

Перший етап – допомога в «**червоній зоні**» (англ. Care Under Fire – в різних джерелах перекладається як: «надання допомоги під вогнем», в зоні обстрілу).

Другий етап – допомога в «**жовтій зоні**» (англ. Tactical Field Care – в різних джерелах перекладається як: «надання допомоги на полі бою», «надання допомоги в зоні укриття»).

Третій етап – надання допомоги під час тактичної евакуації з поля бою в медичні заклади «**зеленої зони**» – мобільні польові госпіталі, військові чи цивільні шпиталі, спеціалізовані клініки (англ. Tactical Evacuation Care).

Перший етап. Надання допомоги «під вогнем».

Перший етап – при наданні допомоги в «червоній зоні» рятувальник знаходиться під вогнем супротивника, що значно обмежує допомогу, яку він може надати. Допомога переважно складається з використання джгута і якнайшвидшого переміщення потерпілих у безпечне місце. В умовах бою – це вторинна місія. Основна функція – виконати первинну місію. Першим пріоритетом на полі бою є ведення вогню у відповідь і відбивання ворогів. Домедичну допомогу в секторі обстрілу надають тільки за наказом командира, оскільки основним у бою є виконання бойового завдання. В окремих випадках, коли дозволяє тактична ситуація, рішення приймають самостійно. Допомога надається у вигляді самодопомоги та взаємодопомоги.

Цілі під час надання допомоги пораненим в зоні обстрілу:

- 1) Виконати бойове завдання придушення вогню противника;
- 2) Запобігти більшій кількості поранень, зупинка критичної кровотечі;
- 3) Зберегти життя пораненого, евакуація в жовту зону.

Під час виконання будь-якої маніпуляції в секторі обстрілу поранений і той, хто його рятує, знаходяться у небезпеці, тому все необхідно робити максимально швидко з дотриманням правил особистої безпеки (рятувальник не підіймається вище тіла пораненого, який лежить на землі). У сучасних умовах ведення бойових дій найкращим способом надання невідкладної медичної допомоги постраждалому є придушення вогневих точок противника, тому що це вбереже потерпілого від нових поранень, вбереже самого рятувальника під час евакуації

потерпілого та дозволить надати невідкладну медичну допомогу в більшому обсязі.

Після завершення етапу надання медичної допомоги в умовах обстрілу надається медична допомога в «зоні укриття».

Другий етап. Надання медичної допомоги у військово-польових умовах в жовтій зоні.

Починати II етап надання медичної допомоги у військово-польових умовах після того, як рятувальник і поранений більше не знаходяться під прямим вогнем противника. На цьому етапі є більше часу для надання допомоги. Приблизно 90% смертельних випадків на полі бою трапляються до того, як пораненого доставлено до лікувального закладу, у багатьох випадках смерті не можливо запобігти без медичного втручання (наприклад, важка травма голови і політравма). Поранених, які не померли відразу, можна ефективно лікувати і транспортувати, дотримуючись стандартів «Тактичної допомоги пораненим у бою» (Tactical Casualty Combat Care, TCCC) і «Порятунок життя в бою» (Combat Life Saving Care, CLS). Доля поранених часто залежить від особи, яка першою надає медичну допомогу.

«С.А.В.С.» – базовий алгоритм роботи з постраждалими на полі бою, який визначає порядок і пріоритетність надання допомоги.

- С (critical bleeding) критична кровотеча;
- А (airways) – дихальні шляхи;
- В (breathing) – дихання;
- С (circulation) – циркуляція.

За статистикою НАТО, близько 70% загиблих на полі бою втратили життя через неконтрольовану *критичну кровотечу (С)*, яка, на відміну від звичайної, становить безпосередню загрозу життю людини через стрімку втрату крові (відірвана кінцівка, пошкоджена артерія). Наприклад, при пошкодженні стегнової артерії людина через 35-40 с. втрачає свідомість і не зможе надати собі допомогу, а за декілька хвилин може загинути від втрати крові.

Головні ознаки критичної кровотечі:

ампутація кінцівки; пульсуючий або фонтануючий крововилив;
пляма крові, що динамічно розтікається;
калюжа крові під тілом пораненого.

Для зупинки критичної кровотеч використовують кровоспинний турнікет, джгут, пальцеве притиснення та підручні засоби.

Основні правила накладання джгута:

- він повинен бути легкодоступним для виймання;
- джгут необхідно накласти максимально швидко, вище рани та поверх одягу,
- тільки при кровотечі, що є небезпечною для життя, здійснюючи максимальний тиск до повної зупинки кровотечі з рани.

Близько 27% бійців гинуть через непрохідність верхніх дихальних шляхів та поранення грудної клітки. Тому наступні за пріоритетністю пункти – *перевірка прохідності верхніх дихальних шляхів (А) та перевірка наявності, частоти і глибини дихання (В)*. Поділ двох, на перший погляд схожих, ситуацій, що пов'язані із диханням, обумовлено анатомією – перш ніж потрапити в легені, повітря проходить по верхніх дихальних шляхах, від порожнини рота до початку легень.

Перекриття прохідності верхніх дихальних шляхів, наприклад запалим язиком, блювотними масами або осколками кісток щелепи і зубами, призведе до неможливості здійснення акту дихання, навіть якщо самі легені будуть цілі і здорові. На вирішення проблеми непрохідності верхніх дихальних шляхів час обмежано до 4 хв; для травм грудної клітки (наприклад пневмотораксу) – до 20 хв. Проникаючі пораненні грудної клітки не тампуються, для таких цілей в стандартній укладці ІФАК є спеціальна оклюзійна наліпка, виготовлена з повітронепроникного матеріалу, що має клейову поверхню з одного боку. Якщо після використання оклюзійної наліпки стан потерпілого погіршується (збільшується в розмірах поранена сторона грудної клітки; шкіра набуває блідого або синюшного кольору; спостерігається роздуття шиї або зміщення гортані в сторону), тоді необхідно терміново провести декомпресію грудної клітки шляхом випускання надлишкового повітря з плевральної порожнини за допомогою спеціальної декомпресійної голки.

Пункт С (circulation) потребує відновлення рівня рідини (крові) в організмі, якщо вона була втрачена внаслідок критичної кровотечі і проведення ряду маніпуляцій щодо стабілізації стану потерпілого і попередження гіпотермії (зниження температури тіла). Це необхідно зробити протягом 30-40 хв. з моменту поранення, тому цей пункт С є четвертим за пріоритетністю.

Слідкуйте за пораненим. Слідкуйте за рівнем свідомості (шкала AVPU) кожні 15 хвилин і диханням пораненого. Якщо він у свідомості розмовляйте з ним при можливості – підбадьорте, заспокойте, поясніть, що збираєтеся робити.

В разі необхідності підготуйте пораненого до евакуації. Запишіть дані клінічного огляду, відомості про виконані лікувальні заходи, а також зміни в стані потерпілого в спеціальній реєстраційній картці. Передайте дану інформацію разом з потерпілим на наступний рівень надання допомоги.

Третій етап – надання допомоги під час тактичної евакуації. При здійсненні евакуації допомога надається до надходження постраждалого в пункт збору або до медичної установи.

Розрізняють немедичну та медичну евакуацію.

Немедична евакуація потерпілого (CASEVAC) відноситься до переміщення пораненого з «жовтої зони» до «зеленої зони» в ТМ має інший управлінський зміст, ніж той, що зазвичай вкладається в поняття «евакуація», і здійснюється одним чи кількома рятівниками та немедичними транспортними засобами.

У «зеленій зоні» проводиться повний і ретельний огляд пораненого: з'ясування стану основних вітальних функцій, перевірка якості та відповідності отриманої само- та/або взаємодопомоги, додаткове накладання пов'язок, биндажів, сортування та підготовка до медичної евакуації (MEDVAC) з використанням санітарного транспорту, 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. В обох випадках допомога надається по протоколу С-А-В-С! (Критична кровотеча – Дихальні шляхи, Дихання – Циркуляція) в послідовності та по правилам описаних для другого етапу.

2. Використання алгоритму MARCH як основи тактичного огляду. Превентивні тактичні методи для усунення загроз.

Надання домедичної допомоги у високонебезпечних надзвичайних ситуаціях, таких як бойові дії або воєнний стан, вимагає специфічних підходів та підготовки.

Ось деякі особливості надання домедичної допомоги в цих умовах:

1. Захист від ворожого вогню: Медичний персонал та добровольці повинні намагатися надавати допомогу в безпечних місцях, захищаючись від ворожого вогню. Розуміння тактичних аспектів дуже важливо.

2. Тriage: В умовах дефіциту ресурсів домедичної допомоги важливо визначити, кому надавати допомогу першочергово. Використовується система триажу для визначення тяжкості поранень та вибору лікування.

3. Використання імпровізованих засобів: Медичний персонал може змушений виготовляти імпровізовані засоби та апаратуру через дефіцит обладнання.

4. Евакуація поранених: Організація евакуації поранених з місця події та їх транспортування до медичних установ є критично важливою.

5. Знання першої допомоги: Навички першої допомоги мають бути на високому рівні, оскільки вони можуть врятувати життя в умовах дефіциту медичних ресурсів.

6. Психологічна підтримка: Поранені та медичний персонал можуть переживати тяжкі стресові ситуації. Психологічна підтримка важлива для забезпечення ментального благополуччя.

7. Дотримання міжнародних норм: При наданні допомоги в рамках конфлікту важливо дотримуватися міжнародних норм та правил, таких як Женевські конвенції.

Важливо відзначити, що надання домедичної допомоги в умовах бойових дій вимагає спеціальної підготовки та розуміння ризиків, пов'язаних із такими ситуаціями.

Головні плюси представленого алгоритму дій полягають у тому, що він пропонує чітку та зрозумілу послідовність дій для рятувальників і парамедиків. Сфера застосування універсальна: дорожньо-транспортні пригоди, стихійні лиха, бойові дії та надзвичайні ситуації.

Використання методу знижує смертність від масивних кровотеч та шоку на 30-40%. Навчитися досить просто, адже кожен етап добре запам'ятовується завдяки мнемоніці й наочним схемам.

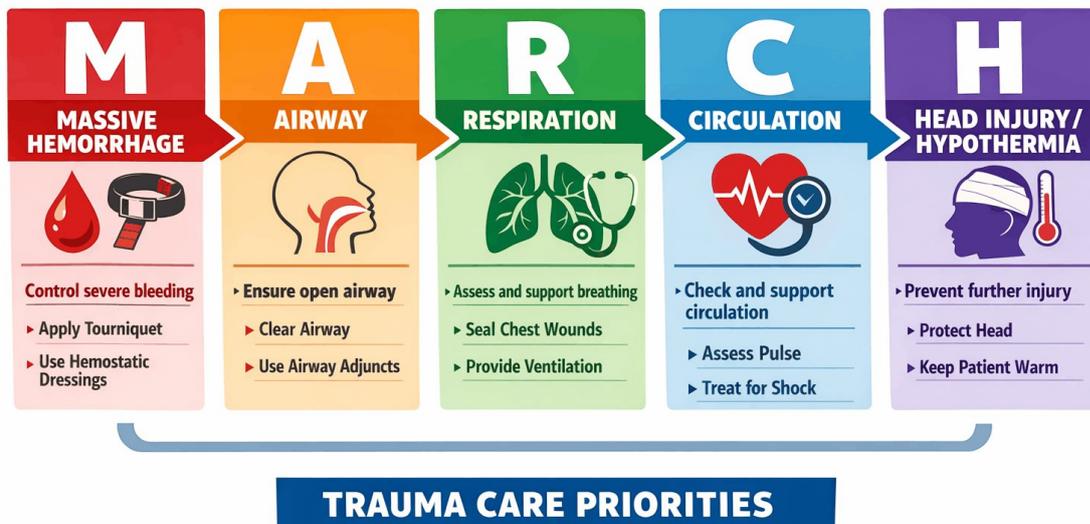
Алгоритм MARCH може опанувати будь-яка людина, навіть не маючи медичної освіти, адже наразі існують спеціальні курси тактичної медицини, де його вивчають детально.

Послідовність дій: п'ять етапів алгоритму MARCH

Алгоритм MARCH передбачає собою певну послідовність дій, дотримуючись якої, можна ефективно надати першу невідкладну допомогу постраждалому, зберегти йому життя до передачі у лікарню. Під час серйозних травм та поранень навіть кілька хвилин можуть стати вирішальними. MARCH дозволяє виграти ці хвилини.

Методика дозволяє в польових умовах швидко виявити й усунути стани, які безпосередньо можуть стати причиною смерті. Алгоритм активно використовується як у військовій медицині, так і в цивільній практиці для швидкого реагування на критичні травми й стани.

M.A.R.C.H. ALGORITHM



M – Massive Hemorrhage (масивна кровотеча)

Найперше завдання під час отримання людиною будь-якої травми (вогнепальної, уламкової, перелому) – зупинити кровотечу, оскільки значна втрата крові може бути смертельною. Критично важливо діяти швидко та рішуче:

1. Якщо кровотеча виникла на кінцівці, накладіть турнікет вище місця кровотечі, дотримуючись правильного проміжку та часу накладання.
2. Для зупинки кровотечі в ранах можна використовувати тампонаду з кровоспинними засобами, щільно притискаючи рану.
3. Не забувайте про прямий тиск на рану, який часто є найефективнішим способом контролю втрати крові на початковому етапі.

Правильне й вчасне реагування на цьому етапі суттєво підвищує шанси на виживання потерпілого.

«Турнікет – це інструмент, який рятує життя швидше за будь-яку іншу дію на полі бою».

Тому надзвичайно важливо, щоб кожен військовий мав його з собою, для цього можуть знадобитися підсумки під турнікети, представлені в каталозі військторгу Rezervist.

Про те як користуватись турнікетом детально можна прочитати в статті за посиланням.

A – Airway (дихальні шляхи)

Наступним пріоритетом є забезпечення прохідності дихальних шляхів. Людина повинна мати змогу дихати. Навіть невелика обструкція може стати причиною зупинки дихання. Ключові дії:

Перевірте, чи дихає потерпілий, оцініть ритм та глибину дихання.

Якщо дихальні шляхи заблоковані, використовуйте перевірені методи звільнення: закидання голови та підняття підборіддя, видалення сторонніх предметів із рота чи горла.

У важких випадках може знадобитися інтубація або використання спеціальних повітропроводів для забезпечення стабільного дихання.

Цей етап є одним з основних за критичністю. Саме від нього залежить доступ кисню до органів і систем організму. Все необхідне для цього зазвичай повинен містити аптечний підсумок парамедика.

R – Respiration (дихання)

Після цього варто оцінити, наскільки ефективно людина дихає, та звернути увагу на травми грудної клітини, які можуть мати загрозливий характер:

Основне, що потрібно зробити, – перевірити ознаки пневмотораксу або інших ушкоджень грудної клітки, які порушують вентиляцію легень.

У разі виникнення напруженого пневмотораксу необхідно якомога скоріше виконати декомпресію голкою. Це відновить нормальний тиск у плевральній порожнині.

На відкриті рани грудної клітки обов'язково накладається герметична пов'язка. Це потрібно для того, щоб повітря не потрапляло у плевральну порожнину.

Коректна оцінка стану та швидке втручання на цьому етапі рятують життя потерпілому.

C – Circulation (кровообіг)

Якщо в людини блідий та холодний шкірний покрив, значно підвищений пульс, критично низький тиск, це може свідчити про розвиток шоку.

Потрібно якомога швидше відновити правильний кровообіг. Для цього може знадобитись додаткове введення спеціальних розчинів чи речовин, що замінюють кров. Але варто контролювати, щоб їхнє введення не було надмірним. Велика кількість розчину може стати причиною підвищеної втрати крові, що ускладнить стан потерпілого. Цього не можна допускати в жодному разі.

H – Hypothermia/Head injury (гіпотермія/травма голови).

Останнім етапом буде уникнення переохолодження та виявлення можливих травм голови, адже вони також несуть за собою важкі наслідки:

Щоб потерпілий не отримав переохолодження, особливо в холодний період року, вкрийте його ковдрою або спеціалізованими матеріалами для теплоізоляції.

Перевіряючи рівень свідомості, оцініть стан роботи головного мозку.

Намагайтесь не робити різких рухів шиї та голови до перевірки постраждалого на наявність травм голови, щоб не погіршити стан.

Правильне виконання цього етапу допомагає знизити ризики ускладнень і підготувати потерпілого до транспортування. Алгоритм MARCH можна розглядати як медичне керівництво або інструкцію, яка дозволяє оперативно встановлювати пріоритети під час надання невідкладної допомоги. Дотримання зазначених кроків значно підвищує шанси на виживання навіть у найскладніших обставинах.

«Найбільший внесок M.A.R.C.H. у сучасну медицину – стандартизація дій і пріоритет життя».

3. Алгоритми надання невідкладної допомоги при специфічних травмах. Особливості допомоги після застосування спецзасобів (сльозогінний газ, кайданки тощо).

Як вже згадувалось, MARCH – це універсальний алгоритм, який використовується не лише на полі бою, а й за інших обставин.



Використання в тактичній медицині та бойових умовах
На полі бою парамедики діють швидко: турнікети, пов'язки й контроль дихання першочергово рятують життя. Після стабілізації настає контроль кровообігу та профілактика шоку, а гіпотермії можна запобігти шляхом накривання постраждалого

термоковдрою.

Застосування після дорожньо-транспортних пригод

Після ДТП алгоритм МАРЧ допомагає швидко оцінити тяжкість травм, накласти биндажі, іммобілізувати кінцівки та підготувати постраждалого до транспортування у лікувальний заклад. Турнікети використовуються рідко, переважно у випадках, коли присутня артеріальна кровотеча.

Використання при стихійних лихах та масштабних катастрофах МАРЧ застосовують під час землетрусів, вибухів, повеней, коли кількість постраждалих велика. Парамедики й рятувальники працюють у стресових умовах, визначаючи пріоритет допомоги за станом кровотечі, дихання, кровообігу.

Застосування в цивільних умовах рятувальниками та парамедиками У цивільних умовах алгоритм дозволяє швидко стабілізувати постраждалого у разі поранень, переломів і шоків станів, контролювати дихання та кровообіг, підготувати до евакуації.

Варіанти та модифікації алгоритму MARCH. Існує кілька розширених варіацій алгоритму МАРЧ, які можуть включати додаткові стани та порядок дій при них.

MARCH-PAWS Протокол MARCH-PAWS передбачає такі додаткові етапи:

pain (біль) – оцінка рівня та його контроль;

antibiotics (антибіотики) – профілактика інфекцій у разі відкритих поранень;

wounds (рани) – додаткове оброблення та іммобілізація.

Splinting (іммобілізація) передбачає фіксацію переломів, щоб уникнути додаткових ускладнень.

S-MARCH для бойових умов

S-MARCH включає початковий етап Safety (безпека), тобто перед наданням допомоги рятувальник повинен оцінити реальний рівень загрози та забезпечити безпечне оточення для себе та постраждалого. Це також досить важлива частина тактичної медицини MARCH.

Практичні поради щодо використання алгоритму MARCH

Головне у представленому алгоритмі – чітке дотримання послідовності. Це ключ до ефективності. Стрибки між етапами та помилки можуть коштувати життя постраждалого.

Навчання та тренування алгоритму варто проходити у стресових умовах. Тренування з симуляторами, імітацією поранень, створення стресових сценаріїв підвищують швидкість реакції парамедиків і рятувальників, адже паніка на полі бою та метушня – це смерть! Ви не допоможете постраждалому й самі опинитесь у небезпеці.

Щоб легко запам'ятати 5 етапів МАРЧ, використовуйте асоціацію з послідовністю дій:

Massive Bleeding (масивна кровотеча) – зупиняємо найнебезпечнішу.

Airway (дихальні шляхи) – звільняємо/відкриваємо.

Respiration (дихання) – перевіряємо/стабілізуємо грудну клітку.

Circulation (кровообіг) – перевіряємо пульс/шок.

Hypothermia/Head (гіпотермія/голова) – запобігаємо переохолодженню та допомагаємо голові.

«Коли на полі бою кілька постраждалих, алгоритм MARCH дозволяє швидко визначити, кому надавати допомогу першочергово».

Мнемоніка, схеми й таблиці значно допомагають у запам'ятовуванні. Користуватись можна, наприклад

Літера	Розшифровка	Пояснення
М	Massive bleeding	Величезна кровотеча – зупинити сильні кровотечі за допомогою джгутів, тампонування тощо.
А	Airway	Прохідність дихальних шляхів – забезпечити прохідність дихальних шляхів (якщо необхідно, очистити від перешкод).
R	Respirations	Дихання – перевірити дихання та забезпечити його, якщо потрібно, зробити штучне дихання.
С	Circulation	Кровообіг – перевірити пульс і кровообіг, підтримувати їх.
Н	Hypothermia	Гіпотермія – запобігти охолодженню постраждалого, особливо в умовах холоду.

Вивчення алгоритму підвищує ефективність парамедиків і рятувальників, дозволяючи діяти швидко та впевнено навіть в екстремальних умовах. У нашому інтернет-магазині ви також зможете придбати все, що потрібно для виживання в польових умовах. Це як основні компоненти екіпірування, так і одяг та взуття для військових, туристів, прихильників екстремального відпочинку.

П'ятиетапний протокол для швидкої стабілізації постраждалого у разі множинних травм. Це головний інструмент тактичної медицини, чіткий алгоритм дій для порятунку життя пораненого на полі бою. Базується на усуненні загроз, які найчастіше призводять до швидкої смерті.

Уся послідовність застосовується одночасно, починаючи з контролю масивної кровотечі та закінчуючи профілактикою гіпотермії та оцінкою травми голови. Задача – системно усувати найзагрозливіші для життя стани.

Основна мета використання протоколу MARCH при множинних травмах - максимальна стабілізація постраждалого, мінімізація смертності від шоку та кровотечі, ефективна підготовка до евакуації.

Сортувальні групи постраждалих

Всіх постраждалих, залежно від їх стану, розділяють на кілька сортувальних груп. Кожну з цих груп прийнято позначати окремим кольором, що дозволяє медикам та рятувальникам швидше їх ідентифікувати та пришвидшити надання допомоги особам, які цього потребують в першу чергу.

1. «червоні» – постраждалі, які потребують проведення термінового втручання для врятування їхнього життя
2. «жовті» – постраждалі, допомога яким може бути відстроченою на деякий час без шкоди для їхнього здоров'я (допоки не буде надана допомога постраждалим з «червоної» групи)
3. «зелені» – постраждалі, яких можна евакуювати без надання медичної допомоги на місці надзвичайної ситуації
4. «чорні» – постраждалі, що отримали несумісні з життям травми (які вже померли чи агонують).

Список джерел

Базові

1. Бадюк М.І., Солярник В.В., Токарчук В.П. Організація медичного забезпечення військ. – К.: “МП Леся”, 2014. – 492 с.
2. Гринзовський А.М., Волянський П.Б., Калашченко С.І. та ін. навч. посібник для підготовки фахівців першого (освітньо-професійного) рівня. Домедична допомога в екстремальних ситуаціях та медичний захист населення в надзвичайних ситуаціях – Київ : ІДУЦЗ, 2018. – 216 с.
3. Керівництво з організації медичного забезпечення в мирний час. Київ. ЦВМУ ЗСУ: 2013р.
4. Стандарт підготовки І-СТ-3-2015 (02) - Підготовка військовослужбовця з тактичної медицини. Київ. УВМА : 2015 р.
5. Юрченко В.Д., Кирилюк В.О., Гудима А.А. та ін. Домедична допомога в умовах бойових дій: методичний посібник. Київ : Середняк Т.К. 2014. 80 с.
6. Цигикало О.В. Анатомія людини. Ілюстрований навчальний посібник для самостійної підготовки студентів до практичних занять. Підручник, Чернівці: 2011.253 с.
7. Головацький А. С., Черкасов В. Г., Сапін М. Р. [та ін.]. Анатомія людини. Національний підручник: у 3 т./ Вид. 3-є, доопрацьоване. – Вінниця : Нова Книга, 2013. – Т. 1. – 365 с.
8. Військова гігієна з гігієною при надзвичайних ситуаціях. За редакцією К.О. Пашка, 2005 р. с. 19-266.
9. Чуприна О.В. Основи медичних знань: долікарська допомога та медико-санітарна підготовка: навч. посібник./О.В.Чуприна, Т.В.Гишак, О.В.Долинна. – К.: Вид. Паливода А.В., 2006. – 216с.
10. Тактика надання самодопомоги та взаємодопомоги під час ведення бойових дій / навч. посібник / Уклад.: Р.С. Троцький, О.В. Чуприна, О.А. Блінов; за ред. М.О. Ктіторова. – К.:, 2016. – 137 с.

Додаткові

1. Пам'ятка військовослужбовцю з надання першої медичної допомоги, ЦВМУ ЗСУ, К.: - 2014 р.;

2. Підкурс IS0871 “Курс бійця-рятувальника для самостійного навчання студентів. Готовність / професіоналізм / розвиток”, військовий інститут професійної підготовки, програма заочного курсу для армії, ЦВМУ ЗСУ, 2014 р.

3. Гігієна та екологія людини. Підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів. За редакцією В.Г. Бардова, 2005 р. с. 26 – 687.

Нормативно-правові акти

1. Закон України “Про екстрену медичну допомогу” від 5 липня 2012 року № 5081-VI. Відомості Верховної Ради (ВВР), 2013, № 30, ст.340).

2. Бойовий статут Сухопутних військ. Київ: МО України, 2016. Частина I: Окрема механізована, танкова бригада (полк).

3. Наказ МОЗ України від 09 травня 2022 року № 441 “Про затвердження порядків надання домедичної допомоги особам при невідкладних станах”.