

Міністерство охорони здоров'я України
Українська медична стоматологічна академія

ЗАТВЕРДЖЕНО
на засіданні кафедри
медицини катастроф
та військової медицини
«___» _____ 2020
Протокол № 2 від 28.08.2020



Зав. кафедри

К.В Шепітько

Методичні вказівки
для самостійної роботи студентів
під час підготовки до практичного (семінарського) заняття
та на занятті

| | |
|----------------------|--|
| Навчальна дисципліна | Підготовка офіцерів запасу |
| Модуль № 1 | Домедична допомога в екстремальних ситуаціях |
| Тема заняття | Домедична допомога в екстремальних і бойових умовах. Первинний огляд. (САВСДЕ). |
| Курс | 2 |
| Факультет | Медичний №1, Медичний №2, стоматологічний. |

Полтава-2020 р.

1. ТЕМА

1. Домедична допомога в екстремальних і бойових умовах. Первинний огляд. (САВСДЕ).

1. Актуальність теми:

Вчасна домедична допомога надана на догоспітальному етапі може спасти життя потерпілої, або пораненої людини будь то на полі бою, або в цивільному житті. По статистиці, кожні 45 секунд в світі запиняється серце, кожен хвилину проходить масове ДТП з великою кількістю жертв, кожні 10 хвилин в світі лунає постріл. Саме люди, які володіють навиками надання домедичної допомоги і є тими хто врятує життя людини, яка опинилась перед проблемою.

2. Конкретні цілі:

Загальні:

- вміти оцінити місце події;
- Забезпечити власну безпеку;
- Оцінити ситуацію в цілому;
- Оцінити стан постраждалих.
- визначити основні оцінки стану постраждалих при надзвичайних ситуаціях техногенного і природного характеру та в бойових умовах;
- оволодіти навичками надання домедичної допомоги постраждалим і пораненим за умов надзвичайних ситуацій мирного часу та в бойових умовах.
- оцінки стану постраждалих в бойових умовах;
- забезпечити власну безпеку для себе і потерпілого;
- правильно оцінити стан потерпілого;
- правильно оглянуть потерпілого;
- визначити об'єм надання допомоги;
- визначити ресурс;
- визначити пріоритети в наданні допомоги пораненим
- визначити місце евакуації в зоні обстрілу

Компетентності та результати навчання формуванню яких сприяє дисципліна (взаємозв'язок з нормативним змістом підготовки здобувачів вищої освіти, сформульованим у термінах результатів навчання у Стандарті).

Згідно з вимогами стандарту дисципліна забезпечує набуття студентами **компетентностей**:

-інтегральна: Здатність розв'язувати типові та складні спеціалізовані задачі та практичні проблеми у професійній діяльності у галузі охорони здоров'я, або у процесі навчання, що передбачає проведення досліджень та/або здійснення інновацій та характеризується комплексністю та невизначеністю умов та вимог. Здатність особистості до організації інтегрального гуманітарного освітнього простору, формування єдиного образу культури або цілісної картини світу.

-загальні: Здатність застосовувати знання в практичних ситуаціях. Здатність до здійснення саморегуляції, ведення здорового способу життя, здатність до адаптації та дії в новій ситуації. Здатність до вибору стратегії спілкування; здатність працювати в команді; навички міжособистісної взаємодії. Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу, здатність вчитися і бути сучасно навченим. Визначеність і наполегливість щодо поставлених завдань і взятих обов'язків.

-спеціальні (фахові, предметні): Здатність до проведення лікувально-евакуаційних заходів. Здатність до визначення тактики надання екстреної медичної допомоги. Навички надання екстреної медичної допомоги. Навички виконання медичних маніпуляцій.

3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція)

| Назви попередніх дисциплін | Отримані навички |
|----------------------------|---|
| Анатомія | Будова системи кровообігу, будова кісток |
| Фізіологія | Функціонування системи кровообігу |
| Патофізіологія | Етіопатогенез розвитку порушень мікроциркуляції |

4. Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття та на занятті:

1. Засоби індивідуального медичного оснащення та особистої безпеки військовослужбовця.
2. Особливості оцінки місця події в бойових умовах.
3. Розподіл поля бою на сектори.
4. Алгоритми надання домедичної допомоги в секторах обстрілу та укриття.
5. Проведення первинного огляду.
6. Огляд за алгоритмом САВСДЕ.
7. .Визначення рівня свідомості за шкалою APVU.

4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

| | |
|---------------------------------------|--|
| 1. Домедична допомога | Сукупність простих, цілеспрямованих медичних заходів, які виконуються на місці ураження або поблизу нього в порядку само- або взаємодопомоги особовим складом аварійно-рятувальних формувань з використанням табельних або підручних медичних засобів, з метою усунення подальшого впливу уражаючого чинника , порятунку життя постраждалих, попередження тяжких ускладнень. Врятувати життя постраждалого, усунути вплив вражаючого чинника, який продовжує діяти, та швидка евакуація із зони катастрофи. |
| 2. Основна мета домедичної допомоги | -тимчасова зупинка зовнішньої кровотечі шляхом накладання кровоспинного джгута (стандартного чи імпровізованого) , закрутки або тугої пов'язки, пальцевого притискання магістральних судин; |
| 3. Основні заходи домедичної допомоги | -профілактика або усунення асфіксії шляхом звільнення верхніх дихальних шляхів від слизу, крові, сторонніх предметів; фіксація язика; -штучна вентиляція легень за допомогою S-подібної трубки , методом «рот у рот», «рот в ніс», мішком Амбу; |

| | |
|---|--|
| <p>4.Обсяг домедичної допомоги в бойових умовах</p> <p>5. Алгоритмом САВС:</p> <p>6. Оцінка свідомості за шкалою AVPU</p> | <p>-непрямий масаж серця і т.д.</p> <p>сектор обстрілу– зона прямого обстрілу зі значним ризиком отримання кульового чи іншого поранення. Допомога пораненому надається тільки для усунення критичної кровотечі.</p> <p>сектор укриття– місце, захищене від прямого вогню противника елементами природного (пагорби, схили) чи штучного походження (стіни, будинки, захисні інженерні конструкції). Необхідно розуміти, що сектор укриття в умовах бойових дій у будь-який момент може стати сектором обстрілу, тому обсяг домедичної допомоги скорочується;</p> <p>сектор евакуації– місця, пристосовані або обладнані для прийому, сортування поранених і хворих, надання їм домедичної допомоги, лікування і підготовки до подальшої евакуації поранених, які цього потребують.</p> <p>С – критична кровотеча (Critical bleeding) А – прохідність дихальних шляхів (Airway) В – дихання (Breathing) С – кровообіг (Circulation)</p> <p>А – ALERT – повністю у свідомості V – VOICE – реагує на голос P – PAIN – реагує на біль U – UNRESPONSIVE – не реагує, тобто повністю без свідомості</p> |
|---|--|

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Види ушкоджень в бойових умовах.
2. Засоби індивідуального медичного оснащення та особистої безпеки військовослужбовця.
3. Особливості оцінки місця події в бойових умовах.
4. Розподіл поля бою на сектори.
5. Алгоритми надання домедичної допомоги в секторах обстрілу та укриття.
6. Проведення первинного огляду.
7. Огляд за алгоритмом САВСДЕ.
8. Визначення рівня свідомості за шкалою APVU.

4.3 Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

Кожний студент повинен володіти наступними навичками, згідно питань, які розглядались на даному практичному занятті:

1. Проводити огляд пораненого за схемою САВС (КОЛЕСО)
2. Визначати стан непритомності за шкалою AVPU

3. Проводити розширений огляд потерпілого «з голови до ніг»
4. Заповнювати карту пораненого.

Зміст теми:

Аналіз причин загибелі солдатів 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). Близько 90% смертей в бою відбуваються до того, як поранені будуть доставлені до медичної установи. Більшість травм та поранень несумісні із життям (ампутація частини голови тощо). Проте деякі стани, такі як кровотеча з рани на руці або нозі, напружений пневмоторакс і проблеми з дихальними шляхами можна усунути на полі бою. Така допомога і становить різницю між смертю солдата на полі бою і його одужанням у медичній установі. За умови виконання належних заходів самопомоги, взаємодопомоги і навичок бійця-рятувальника смертельні наслідки на полі бою можна зменшити на 15-18%.

Для того, щоб санітарний інструктор навчився правильно надавати домедичну розширену допомогу, він повинен знати основні причини загибелі військовослужбовців в результаті бойових дій (рис. 48):

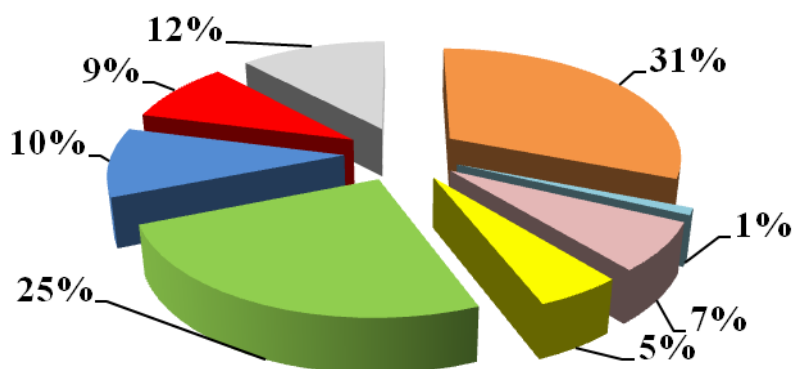


Рис. 1. Основні причини смертності на полі бою

Як бачимо з наведеного, найбільш частою причиною смерті на полі бою є 31% – проникаюче поранення голови; 25% – тяжке поранення чи травма тулубу, що не підлягає лікуванню за допомогою хірургічного втручання; 10% – травма, що потенційно підлягає лікуванню за допомогою хірургічного втручання; 9% – крововтрата із ран після відриву кінцівок; 7% – тяжка політравма, отримана внаслідок вибуху; 5% – напружений пневмоторакс; 1% – проблеми з прохідністю дихальних шляхів; 12% інші ускладнення і тяжкі травми.

Близько 5% – смертей трапляються під час евакуації з поля бою до медичних закладів і пов'язані переважно з рановими інфекціями і ускладненнями від шоку.

Фахівцями доведено, що з усіх потенційно можливих причин смерті, близько 90% з них можна уникнути простим застосуванням джгута при кровотечі з кінцівок, відновлення прохідності дихальних шляхів та швидкого лікування напруженого пневмотораксу.

Близько 15-27% поранених, які гинуть, не потрапивши до лікувального закладу, можна врятувати, якщо вжити необхідних заходів, а саме:

- зупинити кровотечу,
- відновити прохідність дихальних шляхів,
- зменшити наслідки пневмотораксу.

Для того, щоб військовослужбовець навчився правильно надавати домедичну допомогу, він повинен знати засоби індивідуального медичного оснащення та їх призначення.

Огляд місця пригоди ,забезпечення особистої безпеки, визначення кількості постраждалих і ймовірні причини їх ураження. Контакт з постраждалими.

Бригада швидкої медичної допомоги, яка прибула на місце пригоди, повинна:

1. Ретельно оглянути місце події.
2. Визначити "що сталося?"

3. Визначити “коли це сталося?”

4. Встановити кількість постраждалих та при необхідності провести медичне сортування.

Послідовність дій бригади швидкої медичної допомоги на місці пригоди:

- Перевірка безпечності місця пригоди.

- Визначення кількості постраждалих, механізму травмування, джерел небезпеки в оточуючому середовищі тощо.

4. Засоби індивідуального медичного оснащення.

Аптечка медична загальновійськова індивідуальна (АМЗІ) – комплект з лікарських засобів і виробів медичного призначення, який застосовується для оснащення особового складу та надання домедичної допомоги в порядку само- та взаємодопомоги з метою зниження дії вражаючих факторів зброї (табл. 2).

Таблиця 2

Склад аптечки медичної загальновійськової індивідуальної для оснащення військовослужбовців Збройних Сил України

| № п/п | Найменування | Кількість |
|-------|--|-----------|
| 1. | Засіб для зупинки кровотечі механічний | 1 од. |
| 2. | Засіб для зупинки кровотечі хімічний | 1 од. |
| 3. | Багатофункціональний перев'язувальний пакет (чи індивідуальний перев'язувальний пакет стерильний першої допомоги із прогумованою оболонкою – на перехідний період) | 1 од. |
| 4. | Анальгетик у шприц-тюбику (або автоінжекторі) | 1 од. |
| 5. | Назофарингеальний повітровід | 1 од. |
| 6. | Антибактеріальний засіб в таблетках що містить амоксицилін з клавулоновою кислотою | 1 уп. |
| 7. | Механічний засіб для розрізання одягу та взуття | 1 од. |
| 8. | Рукавички медичні оглядові | 1 од. |
| 9. | Маркер синій | 1 од. |
| 10. | Пластир армований | 1 од. |
| 11. | Оклюзивна самоклеюча плівка | 1 уп. |
| 12. | Футляр або сумка (з поясним кріпленням або на ремені) | 1 од. |

Засіб для зупинки кровотечі механічний (рис. 2). Засобом для зупинки кровотечі,



що входить до складу АМЗІ, є джгут (турнікет).а

б)



**Рис. 2 Джгути: а) спеціальний джгут (типу САТ);
б) джгут з еластичної гуми (типу Есмарха)**

Якщо наявна критична кровотеча з кінцівки, треба накласти джгут на кінцівку вище місця кровотечі і стягнути його шляхом закручення до зупинки кровотечі. Використовують спеціальний джгут (типу САТ), джгут зроблений з еластичної гуми (типу Есмарха) чи джгут-закрутка (турнікет) з підручного матеріалу. Час накладання джгута необхідно позначити перманентним маркером на видимих ділянках обличчя. Позначається наступним чином: „Т 18.15“, де Т це турнікет (джгут), 18.15 – час у форматі 24 години. Або до джгута прикріпити записку із зазначенням точного часу накладання. Джгут повинен знаходитися на кінцівці без попускання не більше 1,5-2 години, з попусканням за потребою кожних 30-40хв не довше ніж 5-6 годин, але рекомендується вже протягом перших пів-години замінити його на тампонаду і давлячу пов'язку (окрім ампутацій). Якщо джгут знаходиться довший час на кінцівці- потрібно враховувати налідки розвитку посттурнікетного синдрому при подальшій роботі з потерпілим.

Якщо джгут накладено правильно, то:

- кровотеча з рани припиняється,
- кінцівка стає блідою та холодною,
- пульс нижче накладання джгута не визначається.

Аптечка медична загальновійськова індивідуальна (АМЗІ) – комплект з лікарських засобів і виробів медичного призначення, який застосовується для оснащення особового складу та надання домедичної допомоги в порядку само- та взаємодопомоги з метою зниження дії вражаючих факторів зброї (табл. 2).

Таблиця 2

Склад аптечки медичної загальновійськової індивідуальної для оснащення військовослужбовців Збройних Сил України

| № п/п | Найменування | Кількість |
|-------|--|-----------|
| 1. | Засіб для зупинки кровотечі механічний | 1 од. |
| 2. | Засіб для зупинки кровотечі хімічний | 1 од. |

| № п/п | Найменування | Кількість |
|-------|--|-----------|
| 3. | Багатофункціональний перев'язувальний пакет (чи індивідуальний перев'язувальний пакет стерильний першої допомоги із прогумованою оболонкою – на перехідний період) | 1 од. |
| 4. | Анальгетик у шприц-тюбику (або автоінжекторі) | 1 од. |
| 5. | Назофарингеальний повітровід | 1 од. |
| 6. | Антибактеріальний засіб в таблетках що містить амоксицилін з клавулоновою кислотою | 1 уп. |
| 7. | Механічний засіб для розрізання одягу та взуття | 1 од. |
| 8. | Рукавички медичні оглядові | 1 од. |
| 9. | Маркер синій | 1 од. |
| 10. | Пластир армований | 1 од. |
| 11. | Оклюзивна самоклеюча плівка | 1 уп. |
| 12. | Футляр або сумка (з поясом кріпленням або на ремені) | 1 од. |

4.2. Засіб для зупинки кровотечі механічний (рис. 2). Засобом для зупинки кровотечі, що входить до складу АМЗІ, є джгут (турнікет).

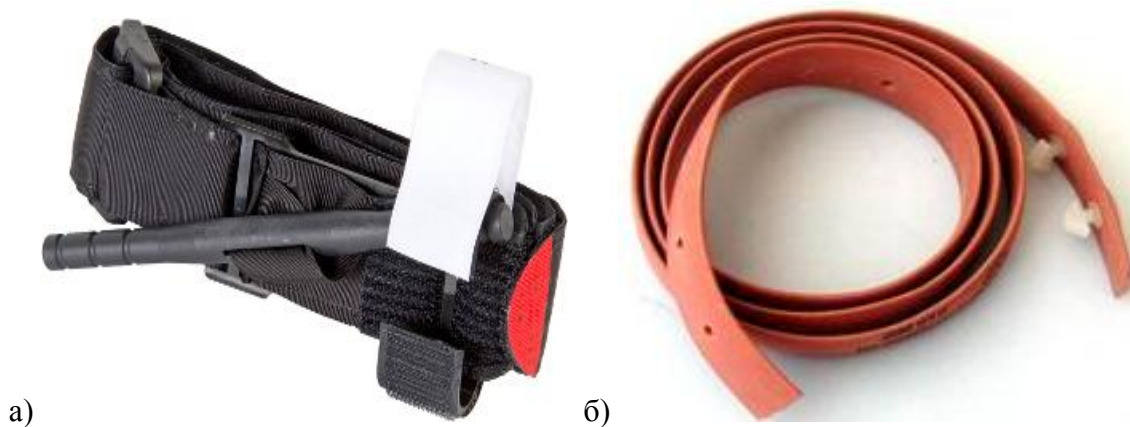


Рис. 3 Джгути: а) спеціальний джгут (типу САТ); б) джгут з еластичної гуми (типу Есмарха)

Якщо наявна критична кровотеча з кінцівки, треба накласти джгут на кінцівку вище місця кровотечі і стягнути його шляхом закручення до зупинки кровотечі. Використовують спеціальний джгут (типу САТ), джгут зроблений з еластичної гуми (типу Есмарха) чи джгут-закрутка (турнікет) з підручного матеріалу. Час накладання джгута необхідно позначити перманентним маркером на видимих ділянках обличчя. Позначається наступним чином: „Т 18.15“, де Т це турнікет (джгут), 18.15 – час у форматі 24 години. Або до джгута прикріпити записку із зазначенням точного часу накладання. Джгут повинен знаходитися на кінцівці без попускання не більше 1,5-2 години, з попусканням за потребою кожних 30-40хв не довше ніж 5-6 годин, але рекомендується вже протягом перших пів-години замінити його на тампонаду і давлячу пов'язку (окрім ампутацій). Якщо джгут знаходиться довший час на кінцівці- потрібно враховувати налідки розвитку посттурнікетного синдрому при подальшій роботі з потерпілим.

Якщо джгут накладено правильно, то:

- кровотеча з рани припиняється,
- кінцівка стає блідою та холодною,
- пульс нижче накладання джгута не визначається.

ПАМ'ЯТАЙ!

Хоча джгут і входить до складу АМЗІ зберігати його необхідно у визначеному для підрозділу місці. Наприклад у лівому нагрудному кармані.

УВАГА! Неможна зберігати джгут типу Есмарха намотаним на прикладі автомату!!!

Засіб для зупинки кровотечі хімічний. Для екстреної зупинки зовнішньої кровотечі (артеріальної, венозної, капілярної) розроблені та успішно застосовуються сучасні контактні гемостатики – гемостопа, які при контакті з кров'ю, яка витікає, в результаті хімічної або фізичної реакції формують псевдозгусток, що дозволяє зупинити кровотечу.

За даними світової статистики (від Другої світової війни до всіх військових конфліктів сьогодні), основною причиною смерті поранених на полі бою і в будь-яких інших надзвичайних ситуаціях є смерть від кровотечі – до 90% від загальної кількості поранених. При цьому кровотеча при ушкодженні основних артерій настільки критична, що поранений зазвичай помирає ще до надання будь-якої домедичної допомоги.

Існує дві основні групи гемостатиків контактного застосування (рис. 3) – на основі хітозану (Celox (Целокс), ChitoGauze (ХітоГауз)) і на основі коаліну (QUIKCLOT (КвікКлот)).



Рис. 4 Гемостатики: а) Celox (Целокс); б) ChitoGauze (ХітоГауз); в) QUIKCLOT (КвікКлот)

Хітозан – природний полісахарид, який видобувається з багаторазово очищених панцирів креветки, що виловлюється у водах Північно-льодовитого океану. Механізм дії обумовлений тим, що хітозан за електричним зарядом позитивний і притягає негативно заряджені еритроцити і тромбоцити, в результаті чого утворюється згусток-тромб.

До переваг контактних гемостатиків на основі Хітозана можна віднести такі особливості:

ефективність не знижується при низькій температурі;

його ефективність не залежить від порушених факторів згортання крові (гемофілія, коагулопатія);

знаходження хітозану в рані забезпечує ефект склеювання пошкоджених м'яких тканин і попереджає відновлення кровотеч при транспортуванні.

Продукція Celox є одним з лідерів за обсягами продажів контактних гемостатиків в різних формах (гранули, бинти, аплікатор).

До унікальних особливостей даного продукту, крім стандартних переваг гемостопів з хітозаном, відноситься доведена антибактеріальна активність проти 26 різновидів Грам-позитивних і Грам-негативних бактерій. Дана особливість продукту дозволяє знизити ризик інфікування ран і забезпечити більш швидке загоєння без масивного використання антибіотиків.

Другою групою контактних гемостатиків є продукти з використанням **каоліну** – глини білого кольору, вона ж „біла глина“, що складається з мінералу каолініту. Утворюється при руйнуванні (вивітрюванні) гранітів, гнейсів та інших гірських порід, що містять польові шпати. При контакті з кров'ю в зоні кровотечі каолін (за рахунок пористої структури мінералу) абсорбує молекули води з крові – ефект гемоконцентрації. Це призводить до

швидкого утворення тромбу за рахунок локального підвищення концентрації факторів згортання безпосередньо в ділянці контакту каоліну з кров'ю, що витікає.

Основним недоліком контактних гемостатиків 2-го покоління було локальне різке підвищення температури. Контактні гемостатики третього покоління на основі каоліну не змінюють температуру, тобто не викликають нагрівання в місці застосування. До переваг гемостопів даного виду відноситься гіпоалергенність, обумовлена тим, що в зоні контакту відбувається фізична реакція-абсорбція.

Засоби для зупинки кровотечі хімічні (контактні гемостатики, гемостопа) виробляються в трьох різних формах – гранули, аплікатори і бинти. Порошок або гранули засипаються у рану. Аплікатори з гемостопами дозволяють вводити діючу речовину у вузькі глибокі раневі ходи. Бинти, просочені хітозаном або каоліном, зручні при тампонуванні рани та легко видаляються в подальшому.

В даний час звичайні рулонні бинти з гемостопами замінюються на Z-fold (зет-фолд) бинт, тобто бинт складений гармошкою, упаковка якого має пласку форму, більш зручну для зберігання і накладення на рану.

Гемостатичні засоби у вигляді порошків практично не використовуються в польових умовах. Використовують бинти або аплікатори.

Ефективність комплексного використання порошків гемостатиків практично неможливо забезпечити в польових умовах, так як в цій ситуації необхідно послідовно використовувати три засоби: джгут + гемостатик + пов'язку. Один тільки гемостатик не замінює все вищевказане!

Застосування контактних гемостатиків кардинально змінило статистику смертності при масивних кровотечах. Особливо при кровотечах в тих місцях, де неможливо використання джгута (сідниці, пахви, шия).

За допомогою бинтів Celox, ChitoGauze або QuikClot артеріальна кровотеча зупиняється близько 120 секунд, тому раціонально даний бинт рекомендувати для моментального надання допомоги собі і, при необхідності, пораненому.

Багатофункціональний перев'язувальний пакет (БПП).

Пакет перев'язувальний індивідуальний (ППІ) – це спеціально виготовлений і раціонально укладений перев'язувальний матеріал, який міститься в герметизованій прогумованій оболонці. Крім прогумованої (зовнішньої) оболонки, пакет має і внутрішню паперову. Він складається з бинта (10 см х 7 м), двох ватно-марлевих подушечок (32 х 17 см), одна із них може переміщатись по бинту, і безпечної шпильки. Внутрішня поверхня прогумованої оболонки, бинт, подушечки стерильні. Оболонки захищають вміст пакета від механічних пошкоджень, вологості і забруднення (рис. 4).

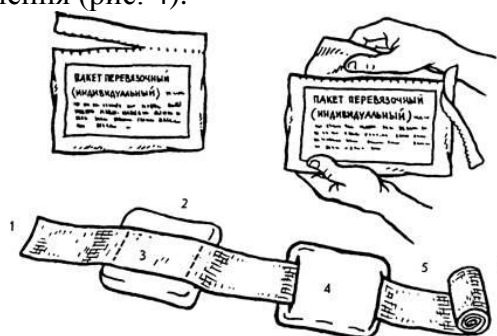


Рис. 5. Пакет перев'язувальний індивідуальний

Недоліки у використанні ППІ:

- не може створити повноцінний ефект давлючої пов'язки;
- легко розкручується;
- при намоканні (кров), перетворюється на джгут.

Багатофункціональний перев'язувальний биндаж (Израильский биндаж (Israeli bandage), The emergency bandage (hemorrhage control compression bandage)) є найбільш

популярним засобом, поєднує в собі функціональні можливості давлячої пов'язки та джгута (рис. 5).

Складається з одної чи двох абсорбуючих подушечок (перша – абсорбує, друга – відштовхує кров і це дає можливість поширенню крові по всій поверхні подушки), тиснучого елемента, власне еластичного бинта та закріплюючого елемента.



Рис. 6. Ізраїльська компресійна пов'язка

Ця стерильна неліпка пов'язка має таку будову, що дозволяє знімати її, не відкриваючи рану;

Аплікатор тиску або прижимна шина, яка знаходиться над раною задля того, щоб при потребі зупинити кровотечу за допомогою тиску (близько 30 кг). Це також дозволяє намотувати пов'язку в різні сторони. Ця особливість є дуже корисною при кровотечі в області паху чи пошкодженні голови.

Фіксатор на кінці пов'язки можна накласти легким плавним рухом рукою. Компресійна пов'язка є стерильною, не липкою, з підкладкою, яка може стиснути будь-яке місце, її легко намотувати та фіксувати, а також вона має додатковий фіксатор, схожий на джгут, який застосовується для додаткового обмеження кровопостачання рани.

На сьогодні замість нього в АМЗІ – ППІ

Анальгетик у шприц-тюбику (або автоінжекторі) (рис. 6).

Налбуфіна-гідрохлорид 1 мл. Відноситься до наркотичних анальгетиків.

Показання: больовий синдром сильної (середньої) інтенсивності різного походження.

Протипоказання: підвищена чутливість до налбуфіну гідрохлориду або будь-якого з інгредієнтів. Препарат не слід застосовувати при пригніченні дихання, підвищеному внутрішньо черепному тиску, травмі голови, гострому алкогольному сп'янінні, алкогольному психозі, явному порушенні функції печінки та нирок.

Спосіб застосування та дози: препарат призначають для внутрішньо венного та внутрішньом'язового введення.

Звичайно при больовому синдромі вводять внутрішньовенно або внутрішньом'язово 1 мл розчину. Разову дозу препарату вводять за необхідності кожні 4-6 год.

Специфічним антидотом є налоксону гідрохлорид.

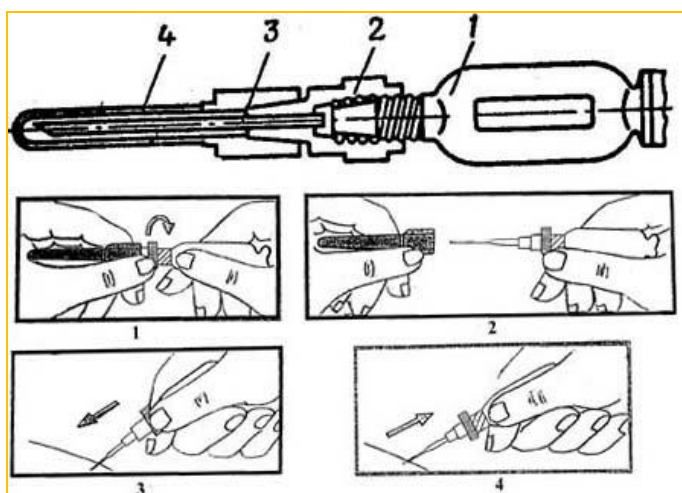


Рис. 7. Знеболюючий засіб (у шприц-тюбіку)

Назофарингіальний повітровід. М'язи язика пораненого, який перебуває у несвідомому стані можуть розслабитися, приводячи до того, що його корінь язика блокує дихальні шляхи, оскільки западе всередину та перекриє просвіт трахеї (дихального горла).

Для попередження такого стану в складі аптечки передбачена наявність назофарингіального повітроводу (рис. 7). Розмір повітроводу підбирається заздалегідь під власника аптечки, зберігається в аптечці та використовується при необхідності до власника аптечки. Для полегшення введення повітроводу можлива наявність у складі аптечок лубриканту в унідозі.



Рис. 8. Назофарингіальний повітровід

Антибактеріальний засіб в таблетках що містить амоксицилін з клавулоновою кислотою.

Механічний засіб для розрізання одягу та взуття. Це можуть бути ножиці, спеціальний ніж для зрізання одягу та строп тощо.

Рукавички медичні оглядові. Кожна АМЗІ комплектується одноразовими рукавичками. Їх необхідно використовувати при роботі з пораненим для власної безпеки. Рекомендується використовувати не латексні, а нітрилові рукавички, для кращого захисту та синього або фіолетового кольорів для наочності крові в процесі огляду пораненого для пошуку поранень на тілі. Слід утримуватись від рукавичок чорного кольору.

Маркер перманентний використовується для позначення на видимій ділянці обличчя: часу накладання джгута (турнікету), введення наркотичних знеболюючих та для заповнення MIST REPORT.

Липка стрічка армована використовується для фіксації пораненого на ношах, фіксації травмованої кінцівки до здорової, фіксації імпровізованої транспортної іммобілізації кінцівки; при відсутності оклюзійної пов'язки для герметизації поранення грудної клітки з метою запобігання розвитку відкритого пневмотораксу тощо.

Окклюзійна самоклеюча плівка – засіб для надання домедичної допомоги при проникаючих пораненнях грудної клітки. Використовуються для запобігання ускладнень відкритого пневмотораксу. Поділяються на такі що представляють собою плівку з нанесеним клейовим шаром та на такі, що мають крім того, клапан.

Плівкові оклюзійні пов'язки.

H&N Wound Seal Kit (Ейч енд Ейч Вунд Сіл Кіт) – компактний і бюджетний засіб для надання домедичної допомоги при проникаючих пораненнях грудної клітки. Представляє собою клейку плівку, що накладається на рану грудної клітки для герметизації.

Halo Chest Seal (Гало Чест Сіл) – пов'язка з вкрай клейкою основою, яка прилипає до грудної клітки, навіть якщо та повністю залита водою, кров'ю чи іншою рідиною. У комплекті Halo Chest Seal є 2 оклюзійні пов'язки (рис. 8) для надання домедичної допомоги при відкритому пневмотораксі (для накладання на вхідний та вихідний рановий отвір).

Пов'язка **HuFin Chest Seal** (ХайФін Чест Сіл) випускається в герметичному пакеті, в комплект входять марлева серветка для видалення крові та іншої рідини з поверхні грудної клітки, і пластир на клейкій основі, з великим зручним яскраво-червоним добре помітним краєм для відкривання пов'язки.



Рис. 9. Окклюзійна самоклеюча плівка Halo Chest Seal

Клапанні оклюзійні пов'язки.

Окклюзійна пов'язка **Bolin Chest Seal** (Болін Чест Сіл) відрізняється від інших засобів наявністю потрійного одностороннього клапана, який дозволяє ефективно видаляти зайве повітря, що накопичилося в плевральній порожнині. Надзвичайно клейка основа дозволяє накласти пов'язку навіть на мокру поверхню, а також на шкіру з густим волоссяним покривом. У комплект Bolin Chest Seal (рис. 9) входить гігроскопічна серветка, яка легко видаляє зайву вологу/кров з поверхні грудної клітки перед накладенням оклюзійної пов'язки.



Рис. 10. Окклюзійна пов'язка Bolin Chest Seal

Для застосування оклюзійної пов'язки необхідно звільнити її від захисного шару та накласти липкою стороною на шкіру. Клапани оклюзійної пов'язки повинні знаходитись прямо над раною для ефективного виходу зайвого повітря.

Оклюзійна пов'язка Asherman Chest Seal (Ашерман Чест Сіл) являє собою пластир на клейкій основі з одностороннім клапаном і марлевою серветкою (рис. 10). Кругла форма пов'язки, що досягає 14 см в діаметрі, дозволяє локалізувати поранення самих різних розмірів, а завдяки стійкій клейкій основі, Asherman Chest Seal легко накладається не тільки на оголену поверхню шкіри, але і на ділянки з густим волоссяним покривом. Прозора ділянка в оклюзійній пов'язці Ашермана дозволяє контролювати правильність місця накладення пластиру, що в сукупності з марлевою серветкою робить даний засіб максимально ефективним.



Рис. 11. Окклюзійна пов'язка Asherman Chest Seal

Групові засоби медичного оснащення

Для надання санітарним інструктором домедичної допомоги пораненим підрозділу на оснащенні скомплектовано **наплічник медичний (НМ)**.

Наплічник медичний – комплект з лікарських засобів і виробів медичного призначення, що формується для оснащення санітарного інструктора роти (батареї) з метою надання домедичної допомоги 30 потерпілим в порядку взаємодопомоги, табл. 3.

Таблиця 3

Склад наплічника медичного санітарного інструктора

| Найменування предмета | Од. виміру | Кіль - кіст ь |
|--|------------|---------------|
| ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ | | |
| Анальгетик у шприц-тюбику або автоінжекторі (налбуфіна-гідрохлорид 1 мл) | шт. | 20 |
| Диклофенак 0,05 + Парацетамол 0,5 №10, таблетки | упак | 3 |
| Кеторолак 3% 1 мл | амп. | 8 |
| Вугілля активоване таблетки 0,25 №10 | упак | 2 |
| Лоратадин 0,01 №10, таблетки | упак | 1 |
| Натрію хлорид 0,9% – 250 мл, розчин для інфузій в полівінілхлоридних контейнерах | шт. | 6 |
| Гекодез 250 мл | конт. | 5 |
| Гемотран розчин д/ін'єкцій, 100 мг/мл по 5 мл | амп. | 10 |
| Сульфацетамід 20% розчин, краплі очні | фл. | 1 |
| Лідокаїн 2% розчин, краплі очні | фл. | 1 |
| Спрей при опіках | фл. | 1 |
| Лубрікант | шт. | 1 |
| Найменування предмета | Од. виміру | Кіль кіст ь |
| АНТИБІОТИКИ | | |
| Амоксицилін 500 мг, к-та клавулонова 125 мг табл. №14 таблетки | упак | 1 |

| | | |
|---|------|-----|
| Ципрофлоксацин 0,5 №10, таблетки | упак | 1 |
| ДЕЗІНФІКУЮЧІ ЗАСОБИ | | |
| Антисептичний та дезінфекційний засіб для обробки рук | л | 0,1 |
| ПЕРЕВ'ЯЗУВАЛЬНІ ЗАСОБИ, ЛЕЙКОПЛАСТИРИ | | |
| Багатофункціональний перев'язувальний бандаж 4'' | шт. | 5 |
| Багатофункціональний перев'язувальний бандаж 6'' | шт. | 5 |
| Багатофункціональний перев'язувальний бандаж 12'' | шт. | 2 |
| або індивідуальний перев'язувальний пакет стерильний першої допомоги із гумовою оболонкою | | |
| Засіб для зупинки кровотечі хімічний (на тканинній основі) | шт. | 3 |
| Оклюзійна самоклеюча плівка | шт. | 8 |
| Бинт марлевий стерильний довжиною 5 м, шириною 10 см | шт. | 5 |
| Бинт марлевий стерильний довжиною 7 м, шириною 14 см | шт. | 5 |
| Пов'язка медична мала стерильна | шт. | 2 |
| Косинка медична (перев'язувальна) | шт. | 2 |
| Гідрогелева пов'язка для кінцівок та шиї довжиною 1 м, шириною 5 см | шт. | 1 |
| Гідрогелева пов'язка для кінцівок довжиною 10 см, шириною 10 см | шт. | 1 |
| Гідрогелева пов'язка для обличчя довжиною 45 см, шириною 20 см | шт. | 1 |
| Гідрогелева пов'язка уніфікована довжиною 20 см, шириною 20 см | шт. | 1 |
| Скотч армований | шт. | 1 |
| Пластир медичний на тканинній основі 1,5 см x 3м | шт. | 2 |
| МЕДИЧНІ ПРЕДМЕТИ ВИТРАТНІ | | |
| Рукавички оглядові нестерильні | пара | 50 |
| Булавки безпечні | шт. | 10 |
| Пристрій для переливання інфузійних розчинів одноразового використання ПР | шт. | 10 |
| Серветки спиртові №100 | уп | 1 |
| ЛІКАРСЬКІ ПРЕДМЕТИ, АПАРАТИ ТА ХІРУРГІЧНІ ІНСТРУМЕНТИ | | |
| Декомпресійна голка | шт. | 6 |
| Канюля внутрішньовенна з ін'єкційним клапаном G18 | шт. | 15 |
| Засіб для зупинки кровотечі механічний | шт. | 8 |
| Комірець Шанца | шт. | 1 |
| Шина SAM | шт. | 2 |
| Шина Кендріка | шт. | 1 |
| Термометр медичний | шт. | 1 |
| Грілка гумова №2 (хімічна грілка для охолодження і нагрівання) | шт. | 1 |
| Пульсоксиметр | шт. | 1 |
| Фонарик очний | шт. | 1 |
| Шприц ін'єкційний одноразового використання 2 мл, з голкою | шт. | 10 |
| Шприц ін'єкційний одноразового використання 5 мл, з голкою | шт. | 10 |
| Накидка медична (термопокривало) | шт. | 6 |
| Ноші м'які | шт. | 2 |
| АПАРАТИ І ПРИЛАДИ ДЛЯ ЗАГАЛЬНОЇ АНЕСТЕЗІЇ ТА ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ | | |
| Повітровід ротовий J-подібний пластиковий | шт. | 1 |
| Назофарингеальний повітровід 32FR | шт. | 1 |
| Назофарингеальний повітровід 28FR | шт. | 2 |
| Назофарингеальний повітровід 26FR | шт. | 2 |
| Назофарингеальний повітровід 24FR | шт. | 1 |
| САНІТАРНО-ГОСПОДАРСЬКЕ МАЙНО ІНВЕНТАРНЕ | | |
| Ножиці для розрізання одягу | шт. | 1 |
| Маркер синій | шт. | 1 |
| Фонарик на акумуляторних батарейках (зі змінними скелцями синього, | шт. | 1 |

| | | |
|-------------------------------|-----|---|
| жовтого та червоного кольору) | | |
| ТАРА | | |
| Наплічник медичний | шт. | 1 |

5.2. Лікарські засоби, антибіотики та дезінфікуючі засоби

Диклофенак. Знеболюючий та протизапальний засіб.

Показання: біль при травматичних пошкодженнях опорно-рухового апарату та м'яких тканин.

Протипоказання: виразкова хвороба шлунка і дванадцяти палої кишки у фазі загострення, захворювання печінки і нирок, підвищена чутливість до препарату й інших нестероїдних протизапальних засобів, бронхіальна астма, кропив'янка, гострий риніт та інші алергічні реакції, пов'язані з прийомом нестероїдних протизапальних засобів.

Спосіб застосування та дози. *Див. Алгоритм „Надання домедичної допомоги при болю“.*

Парацетамол. Знеболюючий та протизапальний засіб.

Показання: больовий синдром слабкої та помірної інтенсивності: головний біль, мігрень, зубний біль, невралгія, біль у м'язах, біль при травмах, опіках.

Протипоказання: підвищена чутливість до препарату; виражені порушення функції печінки і/або нирок.

Спосіб застосування та дози. *Див. Алгоритм „Надання домедичної допомоги при болю“.*

Парацетамол слід запивати великою кількістю рідини.

Кеторолак. Знеболюючий засіб.

Показання: больовий синдром середньої і сильної інтенсивності: травми, зубний біль, біль у м'язах, біль у суглобах, невралгія, радикуліт, вивихи, розтягнення, ревматичні захворювання.

Протипоказання: підвищена індивідуальна чутливість до кеторолаку та інших нестероїдних протизапальних засобів, астма, спричинена ацетилсаліциловою кислотою, зниження тиску, ураження шлунково-кишкового тракту в стадії загострення, гіпокоагуляція (у тому числі гемофілія), ниркова недостатність, інсульт, високий ризик розвитку або рецидиву кровотечі, порушення кровотворення.

Спосіб застосування та дози. *Див. Алгоритм „Надання домедичної допомоги при болю“.* Максимальна добова доза – 120 мг.

Активоване вугілля. Засіб при отруєннях.

Показання: інтоксикації та отруєння.

Протипоказання: при ураженнях шлунково-кишкового тракту в стадії загострення, шлункових кровотечах.

Спосіб застосування та дози. При отруєннях та інтоксикаціях дорослим призначають внутрішньо у дозі 20 – 30 г на прийом у вигляді водної суспензії в 0,5-2 склянках води.

Лоратадин. Протиалергічний засіб.

Показання: алергічний риніт, алергічний кон'юнктивіт, гостра кропивниця, набряк Квінке, алергічні реакції на укуси комах, сверблячі дерматози.

Протипоказання: підвищена чутливість до лоратадину. Не призначають новонародженим.

Спосіб застосування та дози. По 1 таблетці (10 мг) 1раз на добу.

Натрію хлорид 0,9% розчин для інфузій.

Показання: дегідратація; поповнення втрат рідини та електролітів при кровотечах; як розчинник. Може застосовуватися місцево для промивання ран, очей, слизової оболонки носа.

Розчин натрію хлориду 0,9 % нормалізує водно-сольовий баланс. Швидко виводиться із судинної системи. Препарат утримується у судинному руслі короткий час і дуже швидко переходить до міжклітинного та клітинного простору. Через 1 годину в судинах залишається лише близько половини введенного розчину.

Протипоказання: несумісність основного лікарського засобу та розчину натрію хлориду.

Спосіб застосування та дози. Застосовують внутрішньовенно, внутрішньом'язово.

Гекодез. Колоїдний розчин гідроксиетильованого крохмалю для інфузій.

Показання: профілактика та лікування недостатнього об'єму плазми крові (гіповолемії) та шоку, травми, опіки.

За рахунок здатності зв'язувати та утримувати воду препарат збільшує об'єм циркулюючої крові на 85-100% від введенного об'єму протягом 4-6 годин після інфузії.

Протипоказання: підвищена чутливість до препарату, черепно-мозкова травма з підвищенням внутрішньо черепного тиску, тяжка серцева недостатність, ниркова недостатність.

Спосіб застосування та дози. Препарат призначений для внутрішньовенних інфузій. Перші 10-20 мл слід вводити повільно, контролюючи стан пацієнта через можливість розвитку анафілактоїдних реакцій. Дозу, швидкість і тривалість введення встановлюють залежно від тяжкості крововтрати і гіповолемії.

Взаємодія з іншими лікарськими засобами. Не сумісний з транексамовою кислотою.

Добова рекомендована доза для дорослих для компенсації об'єму циркулюючої крові звичайно становить 250-1 000 мл.

Сульфацилмід 20% розчин, краплі очні, антибактеріальний засіб для місцевого застосування.

Показання: травми ока, гнійні виразки рогівки, кон'юнктивіти, блефарити, профілактика бленореї

Застосовують по 2-3 краплі в нижній кон'юнктивальний мішок кожного ока 5-6 раз/добу.

Амоксициліну гідрохлорид, посилений клавулоновою кислотою. Протибактеріальний засіб.

Показання: профілактика ранової інфекції, інфекційно-запальні захворювання, викликані чутливими до препарату мікроорганізмами: отит, синусит, ангіна, тонзиліт, пневмонія, пієлонефрит, цистит тощо.

Протипоказання: гіперчутливість до амоксициліну, клавулонової кислоти або інших компонентів препарату, гіперчутливість до антибіотиків групи пеніцилінів в анамнезі, жовтуха або гепатит, що спричинені прийомом антибіотиків групи пеніциліні в анамнезі.

Спосіб застосування та дози. Звичайна добова доза становить по одній таблетці (250 мг/125 мг) кожні 8 годин або по одній таблетці (500 мг/125 мг) 2 -3 рази на добу, залежно від тяжкості інфекції. Курс лікування зазвичай становить 5-7 днів.

Ципрофлоксацин. Протибактеріальний засіб.

Показання: профілактика ранової інфекції, інфекційно-запальні захворювання, спричинені чутливими до препарату мікроорганізмами: інфекції дихальних шляхів, сечових

шляхів, ЛОР-органів, шкіри і м'яких тканин, кісток і суглобів, органів черевної порожнини, гонорея тощо.

Протипоказання: гіперчутливість до ципрофлоксацину, інгредієнтів препарату та до інших фторхінолонів.

Спосіб застосування і дози. Усередину (не розжовуючи і запиваючи достатньою кількістю рідини) натще. При неускладнених інфекціях призначають по 250 мг (0,5 таблетки), при ускладнених інфекціях – 500–750 мг (1–1,5 таблетки) 2 рази на добу.

Перев'язувальні засоби

Про *багатофункціональний перев'язувальний биндаж* розповідалось в пункті 2.2.3.

Слід зазначити, що в РТ закладені багатофункціональні перев'язувальні биндажі шириною 4" – для накладання на передпліччя та гомілку 5 шт., шириною 6" - для плеча та стегна 5 шт., шириною 12" - для накладання пов'язки на грудну клітину та живіт 2 шт. (рис. 11).



Рис. 12. Багатофункціональний перев'язувальний биндаж на грудну клітину та живіт

Пов'язка стерильна мала складається з бинта завширшки 14 см і довжиною 7 м і однієї ватно-марлевої подушечки розміром 56 на 29 см, що пришита до кінця бинта.

Пов'язка стерильна велика має подушечку розміром 65 на 45 см, до якої пришиті шість фіксуєчих тасьм. Пов'язки використовуються при великих ранах і опіках.

Косинка медична перев'язочна представляє собою тканину форми трикутника зі стороною 50 см х 50 см. Може використовуватися як пов'язка та для тимчасової іммобілізації.

Пов'язки на основі гідрогелю (AQUA-GEL, BURNSHIELD Hydrogel, WATER-JEL Burn dress) використовуються для надання допомоги при опіках, сонячних опіках та невеликих пораненнях. Має охолоджуючу, знеболюючу та антисептичну дію. Не прилипає до ранової поверхні (рис. 12).

Може випускається у вигляді спрею, гелю в унідозах, пов'язок різного розміру. Накладають якнайшвидше на обпечену поверхню. Розмір підбирають таким чином, щоб накрити всю площу опіку. Зафіксувати бинтом, лейкопластиром або биндажем. Залишати таку пов'язку можна на добу і більше.



Проведення первинного огляду. Огляд за алгоритмом САВС(КОЛЕСО)

Огляд потерпілого санітарний інструктор має проводити за **алгоритмом САВС:**

C – критична кровотеча (Critical bleeding)

Швидко перевіряє пораненого на наявність кровотеч, що загрожують його життю (сильна артеріальна кровотеча) з ран на кінцівках. Наприклад, якщо у бійця була відірвана кінцівка, або рукав його сорочки, або штанина можуть бути червоними від крові. Якщо виявлено сильну кровотечу, потрібно:

швидко накласти кровоспинний джгут якнайвище над раною поверх форми і затягнути його, щоб зупинити кровотечу;

рукою або коліном (якщо поранено у ногу – то бажано коліном) надавити на точку стиснення артерій на пораненій кінцівці;

при явній кровотечі з рани, використати прямий тиск на рану рукою та тиском на рановий отвір бинтом (марлевым тампоном та т.п.).

ПРИМІТКА: незначні порізи та рани, які не мають ознак кровотечі перев'язуються після закінчення первинного огляду.

Під час огляду, якщо це можливо, з пораненим потрібно говорити. Підбадьорити і заспокоїти. Пояснити, яка допомога йому надається. Якщо поранений розмовляє, немає потреби перевіряти прохідність дихальних шляхів.

A – прохідність дихальних шляхів (Airway)

Якщо поранений непритомний, лежить на спині та у нього відсутні явні ознаки дихання, або дихання порушено, санітарний інструктор повинен оглянути ротову порожнину на наявність сторонніх тіл, блювотних мас тощо. Якщо вони є, за допомогою скрутки марлевого бинта, повернувши голову пораненого набік (до себе), він очищає ротову порожнину.

Потім виконує тройний прийом Сафара шляхом розгинання голови, висунення нижньої щелепи вперед і відкривання рота. Для його виконання кладе одну руку на лоб потерпілого і відкидає голову назад повністю, водночас іншою рукою підіймає підборіддя, висуває нижню щелепу і відкриває рот.

Протягом 10-20 секунд перевіряє наявність дихання технікою: чую, бачу, відчуваю.

Визначає симптоми порушення прохідності дихальних шляхів: відсутність дихання і наростаюча синюшність обличчя.

Якщо потерпілий у свідомості або свідомість не стабільна, санітарний інструктор має йому вставити назофарингіальний повітровід з аптечки потерпілого.

Якщо спостерігається блювання, слід покласти непритомного потерпілого у безпечне положення на живіт і виконувати огляд в цьому положенні або ж дозволити потерпілому зайняти будь-яке положення, яке найкраще захищає дихальні шляхи, включно з сидячим положенням.

B – дихання (Breathing)

Наступним, санітарний інструктор перевіряє характер дихання:

1. Визначає симптоми, які можуть свідчити про порушення дихання: пришвидшена або сповільнена частота дихання, надмірна пітливість, наростаюча синюшність обличчя, непритомність.

2. Визначає ЧД (норма 16-18 вдихів за 1 хв).

3. Оцінює спосіб дихання, глибину вдихів та пасивність видиху, перевіряє, чи рухи грудної клітки симетричні.

4. Звертає увагу на ознаки пневмотораксу, відповідно до алгоритму виконання голкової декомпресії грудної клітки при напруженому пневмотораксі. При наявності ознак пневмотораксу, надає домедичну розширену допомогу відповідно до алгоритмів.

C – кровообіг (Circulation)

Наступним санітарний інструктор визначає наявність пульсу на променевій та сонній артеріях. Потім проводить капілярний тест – натиснення на нігтьову пластинку. При цьому, вона бліднішає і у нормі знову набуває рожевого кольору за 2 секунди.

Оцінює колір слизових оболонок та шкіри на відкритих частинах (носогубний трикутник): сині, рожеві, бліді або мармурові. Зміна кольору може вказувати на невидиму (пропущену) кровотечу.

Оцінює температуру кінцівок: холодна чи тепла. І звертає увагу на інші симптоми, які свідчили б про зміни у системі кровообігу, такі як порушення свідомості.

Після чого, санітарний інструктор оглядає потерпілого на наявність інших ушкоджень (гематоми, деформації кісток, хрускіт при надавлюванні).

Огляд голови.

Для цього, санітарний інструктор пораненому знімає каску, вирівнює голову. При цьому, поранений лежить на спині. Визначає наявність на голові ран та місцевих крововиливів та виявляє приховані ушкодження:

одночасно проводить руками обмацування цілісності кісток черепа та огляд обличчя розчепіреними пальцями, заводячи пальці під потилицю, постійно поглядом контролюючи чистоту рукавичок (кров, рідина). Потім оглядає кістки лоба, очних ямок, основи носа, верхньої щелепи, нижньої щелепи на наявність ушкоджень, синці за вухами та навколо очей (очі єнота).

заглядає у вуха, з метою виявлення крові, жовтуватої або рожевої рідини (ліквор). Це ознака перелому основи черепа і дуже важкого поранення в голову.

ПРИМІТКА: при підозрі на перелом основи черепа назофарингіальну трубку ставити заборонено.

розкриваючи пальцями повіки, оглядає цілісність очей та наявність крововиливів, оглядає зіниці – їх симетрію. Якщо одна зіниця широка, а інша вузька, це ознака важкої травми голови.

Огляд шиї.

Санітарний інструктор оглядає цілісність шиї та поверхневих вен шиї. При цьому визначає наявність ран та місцевих крововиливів, виявляє приховані ушкодження:

обмацує шию, завівши розчепірені пальці за шию, в комірну зону, починаючи від сьомого хребця (який виступає), поступово піднімаючись до основи черепа. При цьому, не повинно бути несиметричних випинань, напруги або провисання м'язів на одній із сторін шиї.

заводячи пальці під шию, він повинен постійно поглядом контролювати чистоту рукавичок (кров, рідина).

у разі напруження (роздуття) поверхневих вен шиї, можна запідозрити поранення грудної клітини та напружений пневмоторакс.

якщо під час огляду виявлено синюшність або блідість шкіри шиї, а під шкірою з однією із сторін може бути здуття (емфізема), при натиску на яку можна чути звук, схожий на скрип снігу. Це є ознаки поранення грудної клітини та напруженого пневмотораксу.

якщо щитовидний хрящ (кадик) і трахея, що пролягає нижче, зміщені убік від осі шиї, треба запідозрити поранення грудної клітини та напруженого пневмотораксу.

Огляд тулуба (грудної клітини, живота, спини, тазу).

Огляд грудної клітини на переломи кісток. Якщо потерпілий у свідомості і при огляді грудної клітини санітарним інструктором було виявлено ушкодження, то потерпілий напружить хвору сторону. Якщо ж без свідомості, то не буде природної пружності скелета. При наявності переломів під руками санітарний інструктор відчує неприродне продавлювання кісток, хрускіт, больові відчуття у потерпілого, який у свідомості. Під шкірою з сторони перелому (рани) також може бути здуття (емфізема). Після цього виявляє приховані ушкодження:

перед оглядом, з потерпілого потрібно зняти бронезилет та розкрити (розрізати) верхній одяг. Одяг ретельно слід оглянути на наявність плям від крові та отвори від куль.

Через натільний одяг надавити на плечі (на погони). Якщо немає ушкодження плечового поясу, продовжити дії: Через одяг надавити на плечі зверху та їх розвести.

послідовно, симетрично з двох боків від пахових областей вниз, долонями щільно обмацати грудну клітку та оглянути спереду, ребром однієї долоні, натиснувши на грудину.

Огляд тулуба (живота, спини, тазу) на наявність ран та прихованих ушкоджень.

Огляд живота. Санітарний інструктор має розстібнути ремінь на штанах, відкрити живіт. Умовно поділити живіт на чотири симетричні ділянки. Послідовно, поклавши одну руку на пальці другої руки промацати кожний квадрат. Живіт, при цьому, повинен бути симетрично м'який. Якщо є напруження м'яз живота, це є ознакою поранення органів живота.

Огляд кісток тазу. Через одяг санітарний інструктор повинен надавити з боків на клубові кістки. Якщо немає неприродного продавлювання кісток, хрускіту, больового відчуття у пораненого, який у свідомості, продовжити дії: Через одяг надавити на крила тазових кісток зверху, намагаючись їх розвести. При переломі кісток тазу ускладненням є кровотеча від 2-х до 4-х літрів крові.

Огляд промежини і пахових складок. Завівши руки під натільну білизну, розчепіреними пальцями, послідовно, симетрично з двох боків до пахових областей вниз, щільно санітарний інструктор повинен обмацати тіло, виявляючи ранові отвори, кров, рідину. Оглянути промежину.

Перевернувши пораненого в положення на бік та завівши руки під натільну білизну, розчепіреними пальцями, послідовно санітарний інструктор має оглянути спину, попереk, сідниці, промежину на ранові отвори, переломи, цілісність хребта, кров, рідину.

Якщо при огляді грудної клітини (поранений ще лежить на спині) було знайдено поранення – отвір від кулі, осколка та т.п., послідовність огляду змінюється

Потім пораненого повертають на спину та оглядають кістки тазу і промежину.

Огляд ніг та рук.

Санітарний інструктор повинен перевірити ефективність раніш накладених джгутів.

Огляд кінцівок. Не знімаючи одягу (можна розрізати), завівши руки під кінцівку, розчепіреними пальцями, послідовно, симетрично з двох боків, обхвативши кінцівку, санітарний інструктор оглядає кінцівку, з метою виявлення неприродної рухливості суглобів або рухливості кінцівки поза суглобом, та ранові отвори, або неприродні зміщення.

Відповідно від пахових областей до стопи пальцями та долонями щільно слід обмацати ближчу до санітарного інструктора ногу. Зняти взуття та оглянути стопи. В зимовий час знімати взуття не бажано через переохолодження. Якщо немає підозри на поранення у стопу, необхідно ретельно оглянути взуття. Потім другу ногу.

Заводячи пальці під кінцівку, постійно поглядом потрібно контролювати чистоту рукавичок (кров, рідина).

Таким же чином санітарний інструктор оглядає руки потерпілого. Спочатку дальню від себе, потім – ближню.

Закінчення огляду.

По закінченню, санітарний інструктор здійснює фіксацію переломів та шийного відділу хребта, підготовку до транспортування потерпілого в безпечну зону.

Робить запис на джгуті (одязі або обличчі пораненого) щодо часу накладення джгута.

Усіх непритомних поранених, в яких присутнє дихання, після надання домедичної допомоги у безпечному місці, переводить в так зване "стабільне положення" на животі (на боку), з метою зменшення ризику непрохідності дихальних шляхів через западання язика чи блювання. Потерпілий перебуває в стабільному положенні до моменту транспортування до лікувального закладу.

По завершенню огляду, санітарний інструктор записує висновки огляду, вказує об'єм наданої допомоги та зміни у стані пораненого у інформаційну медичну карту і передайте з пораненим на наступний рівень допомоги.

Алгоритм надання домедичної допомоги в секторах обстрілу та укриття.

Допомога у секторі обстрілу.

Це допомога, що надається на місці поранення, коли стрілок –санітар чи санітарний інструктор перебувають біля пораненого під ворожим вогнем. Ризик додаткового пошкодження від ворожого вогню в будь-який момент є надзвичайно високим як для потерпілого, так і для санітарного інструктора.

Домедичну розширену допомогу в секторі обстрілу надають тільки за наказом командира, оскільки основним пріоритетом у бою є виконання бойового завдання. В окремих випадках, коли дозволяє тактична ситуація, рішення приймають самостійно.

Перш за все, побачивши поранення військовослужбовця, необхідно встановити голосовий контакт з ним, визначити місце поранення, можливість самостійно накласти джгут та самостійно переміститися в сектор укриття. Якщо поранений в змозі зробити це самостійно, нема необхідності ризикувати життям ще одного бійця.

Наближаючись до пораненого, необхідно намагатись отримати якомога більше візуальної інформації про нього і місце події: чи сталося це на твоїх очах, в якому положенні лежить, які видимі пошкодження, сторонні предмети в тілі, чи є калюжі крові, де його особиста зброя, чи тобі додатково нічого не загрожує (прихована під тілом граната зі знятою чекою і т.і.).

Ознаки життя пораненого в секторі обстрілу визначають тільки шляхом усного звертання до нього: „Тебе поранено? Тобі потрібна допомога?“ Відсутність відповіді трактують як непритомність і потребу в наданні домедичної допомоги. Визначати наявність дихання чи пульсу небезпечно, тому цього не слід робити.

Знімати з пораненого засоби захисту (шолом, бронезилет) не можна, оскільки ти тим самим піддаєш себе додатковому ризику бути ураженим вогнем противника.

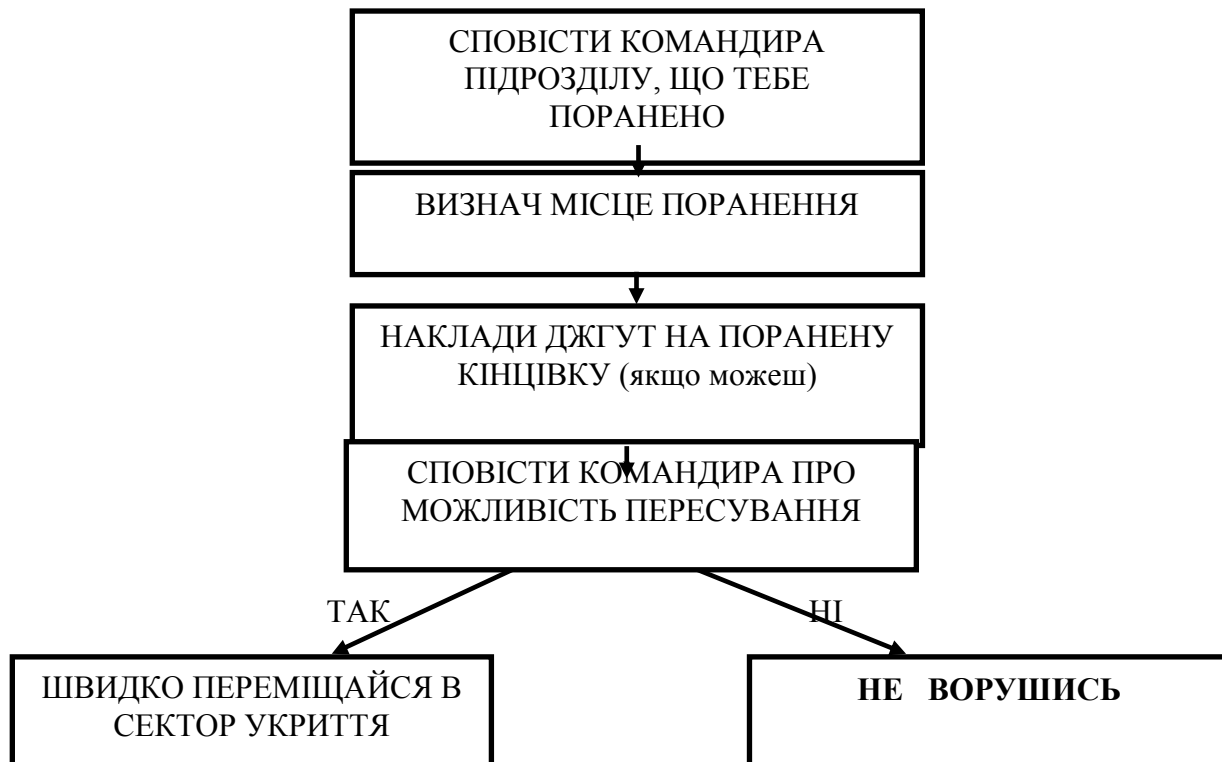
Транспортувати пораненого із сектору обстрілу слід тільки в тому разі, коли дозволяє тактична ситуація.

У секторі обстрілу можна виконати лише зупинку зовнішньої кровотечі при локалізації рани в ділянці рук чи ніг (видима рана, з якої витікає кров, пляма на одязі або калюжа крові під частиною тулуба, рукою чи ногою) за допомогою джгута (турнікета).

Під час виконання будь-якої маніпуляції в секторі обстрілу поранений і той, хто його рятує, перебувають у небезпеці, тому все необхідно робити максимально швидко з дотриманням правил особистої безпеки (рятувальник не підіймається вище тіла пораненого, який лежить на землі).

В секторі обстрілу домедичну допомогу надають у вигляді само- чи взаємодопомоги у відповідності до тактичної обстановки та за відповідними алгоритмами.

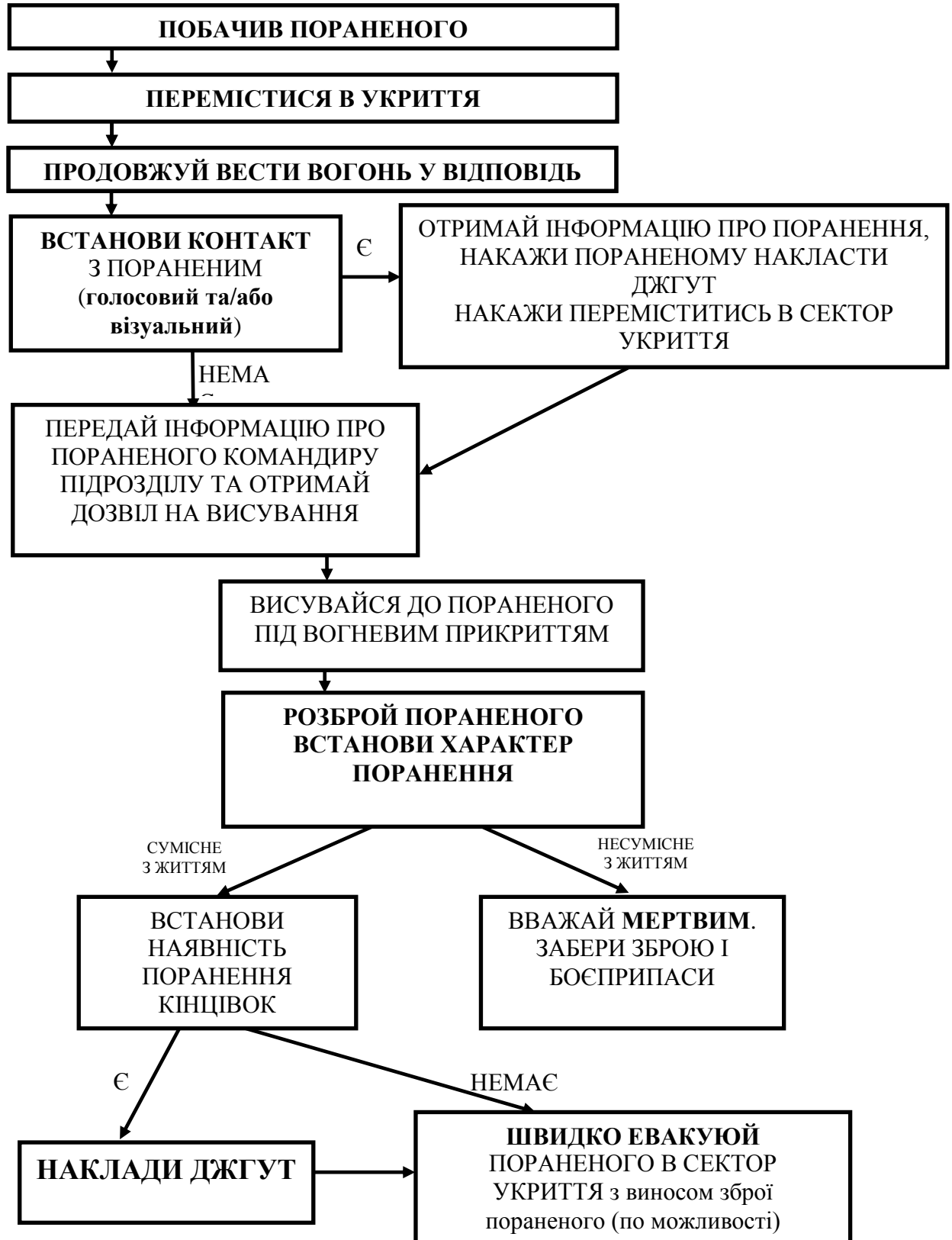
АЛГОРИТМ НАДАННЯ ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В СЕКТОРІ ОБСТРІЛУ (САМОДОПОМОГА)



Інструкція з надання домедичної допомоги в секторі обстрілу (самодопомога)

1. Сповісти командира підрозділу що тебе поранено.
2. Визнач місце поранення.
3. Якщо тебе поранено в кінцівку і ти побачив кров – наклади джгут.
4. Сповісти командира підрозділу про можливість пересування.
5. Отримай дозвіл та перемістись в сектор укриття, якщо можеш пересуватися.
6. Якщо не можеш пересуватися, то сповісти командира і **не ворушись**.

**АЛГОРИТМ З НАДАННЯ ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В СЕКТОРІ ОБСТРІЛУ
(ВЗАЄМОДОПОМОГА)**



Інструкція з надання домедичної допомоги в секторі обстрілу (взаємодопомога)

1. Виконай бойове завдання.
2. Побачив поранення бійця – встанови голосовий контакт з пораненим, взнай про місце поранення та можливість пересування.
3. Якщо поранений не відповідає – перейди до п. 7.
4. Накажи пораненому накласти самостійно джгут (*при потребі*).
5. Якщо він може самостійно переміщуватися, накажи йому переміщатися за твоєю командою і забезпеч йому вогневе прикриття.
6. Якщо він не може самостійно переміщатись, накажи йому не рухатися.
7. Передай інформацію командирі підрозділу про неможливість пораненого пересуватися.
8. Отримай дозвіл на висування за пораненим.
9. Висувайся за пораненим під вогневим прикриттям.
10. Роззброй пораненого.
11. Встанови, чи є у пораненого травми несумісні з життям. Якщо є – вважай пораненого мертвим і повертайся в укриття сам.
12. Якщо несумісних з життям травм немає – встанови наявність кровотечі з кінцівки (кінцівок).
13. Якщо є кровотеча з кінцівки – наклади джгут. В першу чергу використовуй його джгут, за відсутності – власний.
14. Перемісти пораненого в сектор укриття по команді та під вогневим прикриттям з виносом зброї пораненого (по можливості).

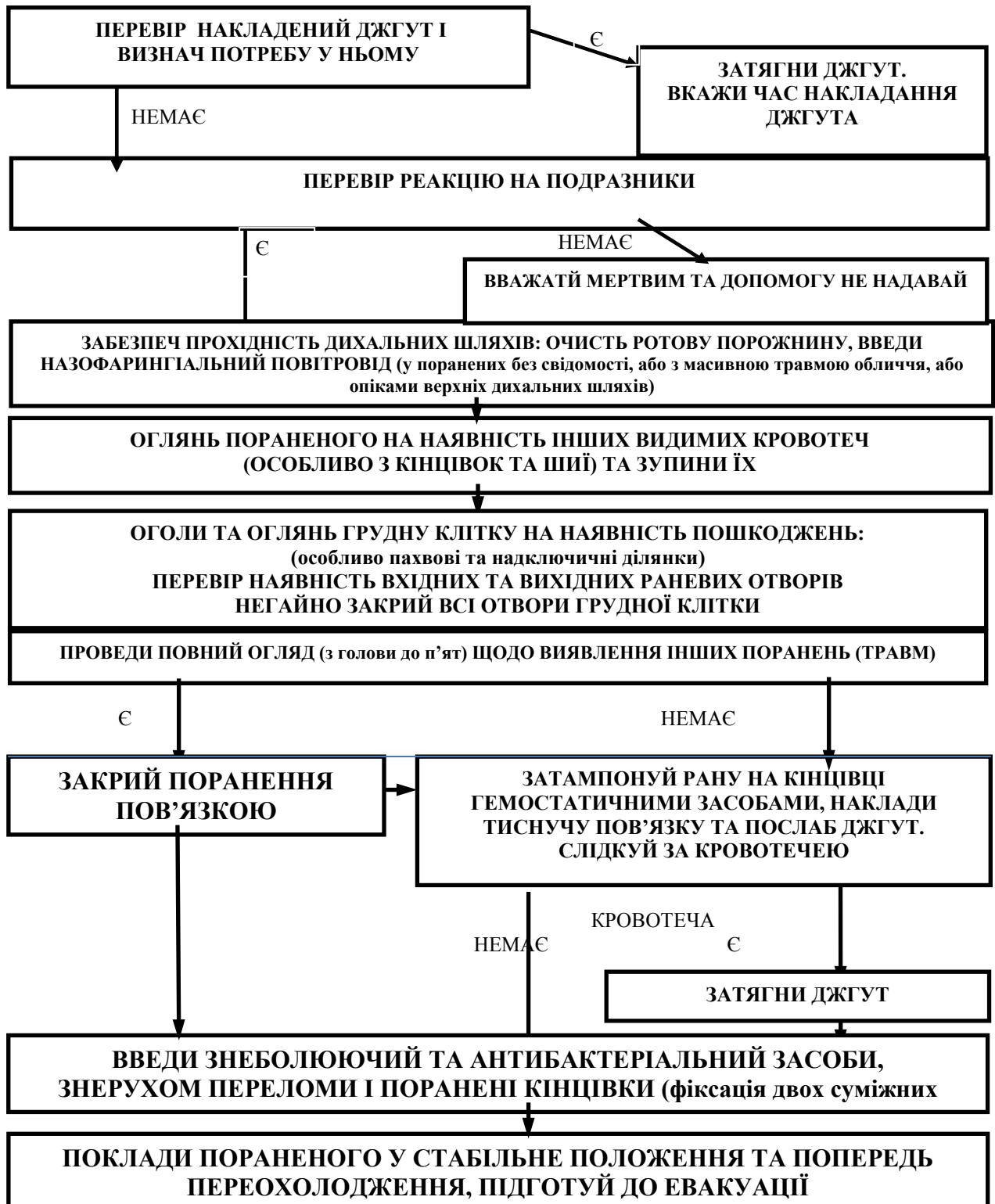
Допомога у секторі укриття

Це допомога, що надається санітарним інструктором, коли він і поранений знаходяться в укритті, а ризик контакту із ворогом зведений до мінімального. Доступне медичне обладнання як і раніше обмежується тим, що використовується в місії персоналом. Час евакуації може варіювати від хвилин до декількох годин.

Об'єм домедичної допомоги у секторі укриття спрямований на більш глибоку оцінку і лікування потерпілого. Поранений і рятувальник знаходяться зараз в дещо меншій небезпечній ситуації, умови більш підходять для швидкої оцінки і надання допомоги при травмі. Тим не менш, оцінка та допомога як і раніше диктуються тактичною ситуацією. У деяких випадках, допомога в секторі укриття буде обмежуватися швидкою допомогою при пораненні з очікуванням повторного взаємодії з ворожими силами в будь-який момент.

Необхідно уникати проведення несуттєвих обстежень і зосередитись, у такому випадку, на наданні необхідної допомоги. Навпаки, допомога може бути надана у більш розширеному об'ємі, якщо група досягла очікуваного місця евакуації (без переслідування і очікує її). За цих обставин може бути достатньо часу, щоб зробити всі заходи допомоги, які можливо під час цієї фази допомоги.

АЛГОРИТМ З НАДАННЯ ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В СЕКТОРІ УКРИТТЯ



1. Оглянь пораненого на наявність інших видимих кровотеч (особливо з кінцівок та шиї) та зупини їх.
2. Перевір грудну клітку на поранення, особливо пахвові та надключичні ділянки
3. Якщо поранення грудної клітки є, закрий всі рани герметичною пов'язкою.
4. Якщо поранений без свідомості, або з травмою обличчя, або опіками, то забезпеч прохідність дихальних шляхів – постав назофарингальний повітровід.
5. Проведи повний огляд пораненого (з голови до п'ят) та вияви інші поранення. Якщо вони є – то наклади пов'язки.
6. Затампонуй рану на кінцівці, наклади тиснучу пов'язку, послаб джгут.

7. Якщо кровотеча відновилась – затягни джгут знову.
8. Введи знеболюючий та антибактеріальний засоби.
9. Знерухом переломи і поранені кінцівки зафіксувавши два суміжних суглоби.
10. Поклади пораненого у стабільне положення.

Пораненого із мінливою свідомістю, в стані збудження необхідно негайно роззброїти, так як озброєні бійці із мінливою свідомістю або в стані збудження можуть застосувати свою зброю недоречно. Забери всю наявну зброю – автомат, пістолет, ніж, гранати, вибухові речовини. Поясни пораненому, що ти будеш зберігати зброю, поки санітарний інструктор не огляне його.

Матеріали для самоконтролю:

А. Завдання для самоконтролю: (таблиці схеми, малюнки графіки)

1. Намалювати схему алгоритму огляду постраждалого на місці події.
2. Написати алгоритм огляду постраждалого на місці події.
- 3.

Задачі для самоконтролю:

1. При наближенні до місця події Ви виявили дорослого постраждалого при свідомості у положенні на животі. Місце безпечне. Постраждалий притомний. Якими є ваші першочергові дії?

A. Розпочати огляд за методикою САВС.

B. Представитися, пояснити, що ви підготовлені для надання ДМД, запропонувати допомогу, пояснити, що готуєтеся зробити.

C. Викликати швидку медичну допомогу.

D. Забезпечити прохідність дихальних шляхів.

E. З'ясувати, чи є аптечка першої допомоги?

2. Ви приступили до надання допомоги постраждалому на місці події. Місце безпечне. Він лежить на животі, непритомний. Які дії з наведених Ви будете виконувати в першу чергу?

A. Забезпечити прохідність дихальних шляхів.

B. Визначити чи немає переломів

C. З'ясувати, чи дихає постраждалий

D. Перевірити наявність пульсу

E. З'ясувати, чи немає масивної кровотечі

3. Ви приступили до надання допомоги постраждалому на місці події в положенні на животі. У якому випадку Ви перевертаєте постраждалого на спину?

A. Наявність відкритого перелому

B. При отриманні дозволу в оточуючих свідків події

C. Відсутність дихання

D. Відсутність інших свідків нещасного випадку

E. Все з перерахованого

Еталони відповідей на тести:

1. B

2. E

3. C

Література:

Основна

1. 1. Екстрена медична допомога травмованим на догоспітальному етапі: навчальний посібник / [В.О. Крилюк, С.О. Гур'єв, А.А. Гудима та ін..] – Київ. – 2016 – 400 с.

2. Екстрена медична допомога (догоспітальні протоколи): посібник // за редакцією професора О.В. Богомолець, професора Г.Г. Роціна. – К.: Юстон, 2016. – 212 с.

3. Гродецький В.К., Гудима А.Л. „Екстена медична допомога” К.Д. Ландон-XXI, 2014р.

4. Бадюк М.І., Гудима А.А., Солярик В.В. „Підготовка військовослужбовця з тактичної медицини”, К., „МП Леся” 2015р.

5. Черняков Г.О., Кочін І.В. «Медицина катастроф» К.»Здоров'я, 2001р.

6. Домедична допомога (алгоритми, маніпуляції): Методичний посібник / В.О.Крилюк, В.Д.Юрченко, А.А.Гудима та ін. - К.: НВП "Інтерсервіс", 2014. - 84 с.
7. Тарасюк В.С., Матвійчук М.В., Паламар І.В., Корольова Н.Д., Кучанська Г.Б., Новицький Н.О. Медицина надзвичайних ситуацій. Організація надання першої медичної допомоги: Підручник. - К.: «Медицина», 2011. – 526 с.
8. Тарасюк В.С., Матвійчук М.В. Паламар М.В., Поляруш В.В., Корольова Н.Д., Подолян В.М. Малик С.Л., Кривецька Н.В. Перша медична (екстрена) допомога з елементами тактичної медицини на до госпітального етапі в умовах надзвичайних ситуацій. – К.: Медицина, 2015.
9. Стандарт підготовки: Фахова підготовка санітарного інструктора роти (батареї). – Вид. 1. - К. : «МП Леся», 2015.
10. Закон України №5081-VI від 05.07.2012р.»Про екстрену медичну допомогу»
11. Наказ МОЗ України від 07.12.2012р №1016.«Про внесення змін до наказу МОЗ України від 01.06.2009р.№370», яким затверджується Типове положення про відділення екстреної медичної допомоги;
12. Наказ МОЗ України від 07.12.2012р. №1018«Про затвердження примірних штатних нормативів центру екстреної медичної допомоги ти медицини катастроф».
13. Наказ МОЗ України від 07.12.2012р. №1020«Про внесення змін до наказу МОЗ України від 29.08.2008р.№500»
14. Постанова Кабінету Міністрів України від 21.11.2012р. №1114. 1115, 1116, 1117, 1118, 1119, 1120, 1121, 1122.

Додаткова:

1. Екстрена та невідкладна медична допомога. Том I: допомога травмованим на догоспітальному етапі: національний підручник / В.О. Крилюк, С.О. Гур'єв, Г.В. Загорій, А.А. Гудима, Н.І. Іскра та ін. – Київ. – 2017. – 504 с.
2. Домедична допомога (алгоритми, маніпуляції): Методичний посібник / [В.О. Крилюк, С.О. Гур'єв, А.А. Гудима та ін.] – К.: НВП "Інтерсервіс", 2014. – 84 с.
- 3.Наказ МОЗ України «про заходи щодо удосконалення надання екстреної мед. допомоги населенню в Україні. № 500 від 29.08.2008р.
- 4.Олена і Віктор Пінчук «Навчальна програма «Військова медицина на полі бою» (Combat Medicine)» Київ, Україна, 2015, 255 с.
- 5.Руководство по доврачебной помощи при раненых. – Перевод на русский язык ООО «Русская медицинская корпорация» (Tactical Combat Casualty Care (TCCC), редакція от 28 октября 2013

Методичні вказівки підготував: проф, д.мед.н. Шепітько К.В.