

**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	Медичне сортування при виникненні масових санітарних втрат. КОЛЕСО. МІСТ-рапорт
Курс	2
Факультет	Медичний №1, Медичний №2, стоматологічний.

Полтава-2020р.

Актуальність теми:

Важливою складовою успішного вирішення проблем щодо медичного забезпечення ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій є медичне сортування постраждалих при надзвичайних ситуаціях. Медичне сортування набуває особливого значення при ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій, пов'язаних з появою протягом короткого періоду великої кількості постраждалих, більшість з яких потребують термінової медичної допомоги та евакуації із зони надзвичайної ситуації.

Конкретні цілі:

- вміти оцінити обстановку, тактичну ситуацію
- вміти забезпечити небезпечне місце
- вміти провести спілкування з потерпілим, пораненим
- вміти провести переміщення потерпілого пораненого
- вміти користуватися засобами переміщення потерпілого, пораненого
- вміти як знайти небезпечне місце під час зміни тактичної ситуації
- вміти надати первинну допомогу потерпілому, пораненому.
- знати місце відходу при зміні тактичної ситуації

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.

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

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
----------------------------	------------------

<p>1.Анатомія людини</p> <p>2.Нормальна фізіологія</p> <p>3. Медична і біологічна фізика</p>	<p>Аналізувати інформацію про топографо-анатомічні взаємовідносини органів і систем людини.</p> <p>Аналізувати стан здоров'я людини за різних умов.</p> <p>Володіти знаннями про фізичні основи та біофізичні механізми дії зовнішніх факторів на системи організму людини.</p>
---	---

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

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
<p>Анатомія людини</p> <p>Медична і біологічна фізика</p> <p>Медична хімія</p> <p>Аналізувати стан здоров'я людини за різних умов.</p>	<p>Аналізувати інформацію про топографо-анатомічні взаємовідносини органів і систем людини.</p> <p>Володіти знаннями про фізичні основи та біофізичні механізми дії зовнішніх факторів на системи організму людини. Пояснювати фізичні основи діагностичних і фізіотерапевтичних (лікувальних) методів, що застосовуються у медичній апаратурі. Трактувати загальні фізичні та біофізичні закономірності, що лежать в основі життєдіяльності людини.</p> <p>Ідентифікувати типи хімічної рівноваги для формування цілісного фізико-хімічного підходу до вивчення процесів життєдіяльності організму. Застосовувати хімічні методи кількісного та якісного аналізу. Класифікувати хімічні властивості та перетворення біонеорганічних речовин в процесі життєдіяльності організму.</p> <p>Аналізувати стан здоров'я людини за різних умов.</p>

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

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

Термін	Визначення
1.Медичне сортування	це розподіл постраждалих на групи за ознаками потреби в однорідних лікувально-профілактичних та евакуаційних заходах у відповідності з медичними показаннями, обсягом наданої медичної допомоги на даному етапі медичної евакуації та прийнятим порядком евакуації.
2.Сортувальні категорії	розподіл постраждалих за станом здоров'я та потребою в однорідних лікувальних та евакуаційних заходах відповідно до медичних показань.
3.Картка медичного сортування	облікова форма медичної документації № 109-2/о є медичним обліковим документом, призначеним для збору інформації про постраждалих унаслідок надзвичайних ситуацій при проведенні медичного сортування.
4.Завдання медичного сортування	<p>-визначити наявність життєвих показників стану постраждалого та характер ушкодження;</p> <p>-встановити (за сортувальними групами) необхідність, черговість і місце надання постраждалим догоспітальної та госпітальної медичної допомоги;</p> <p>-визначити порядок подальшої евакуації постраждалих (місце, черговість, вид транспорту, положення при транспортуванні).</p>

Теоретичні питання до заняття:

1. Поняття «медичне сортування».
2. Мета медичного сортування.
3. Завдання медичного сортування.
4. Служби, що залучаються до ліквідації наслідків НС.
5. Критерії вступного сортування.
6. Етапи медичного сортування.
7. Сортувальні категорії медичного сортування.

Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

- 1.Класифікувати постраждалих за сортувальними категоріями та кольоровими позначеннями (приклади наводить викладач).
- 2.Заповнювати картку медичного сортування.

Зміст теми:

Медичне сортування - це розподіл потерпілих на групи за ознаками потреби в однорідних лікувально-евакуаційних і профілактичних заходах у відповідності з медичними показаннями, обсягом наданої медичної допомоги та прийнятим порядком евакуації.

Сортування потерпілих проводиться на кожній медичній евакуації (МЕ) та здійснюється у всіх його функціональних підрозділах. Зміст сортування залежить від завдань, що покладаються на ті чи інші функціональні підрозділи та МЕ у цілому, а також від умов бойової та медичної обстановки.

Мета медичного сортування - забезпечити потерпілих своєчасним проведенням лікувально-профілактичних заходів та подальшу їх евакуацію.

Завдання медичного сортування - визначити характер ураження, встановити черговість, місце (функціональний підрозділ) надання потерпілим медичної допомоги (лікування), визначити порядок евакуації потерпілих: куди евакуювати, у яку чергу, на якому транспорті, у якому положенні.

В результаті медичного сортування на МЕ виділяють такі **основні групи** потерпілих:

- ті, що представляють небезпеку для оточуючих (інфекційні хворі, уражені отруйними речовинами, бактеріальними засобами, ті що мають забруднення шкіри та обмундирування радіоактивними речовинами понад допустимі норми, які знаходяться у стані різкого психомоторного збудження та ін.), а тому підлягають спеціальній обробці або ізоляції;
- ті, що потребують надання медичної допомоги на даному етапі медичної евакуації;
- ті, що підлягають подальшій евакуації без надання їм медичної допомоги;
- ті, що отримали ураження, несумісні з життям (агонуючі) та потребують тільки симптоматичного лікування і догляду
- ті, що підлягають поверненню у свої підрозділи після надання їм медичної допомоги та відпочинку.

В залежності від завдань, що вирішуються у процесі медичного сортування потерпілих, розрізняють два його **види**: внутрішньопунктове та евакуаційно-транспортне.

Внутрішньопунктове сортування має на меті розподілити потерпілих на групи для направлення їх у відповідні функціональні підрозділи даного етапу медичної евакуації та встановити черговість їх направлення у ці підрозділи.

Евакуаційно-транспортне сортування проводиться з метою розподілення потерпілих на групи у відповідності з евакуаційним призначенням, черговістю, способами та засобами подальшої їх евакуації, а також необхідності у медичному супроводі.

Внутрішньопунктове та евакуаційно-транспортне сортування, як правило здійснюється одночасно, тобто поряд з виділенням потоку потерпілих, які потребують відповідної медичної допомоги на даному етапі - визначаються евакуаційне призначення, черговість, спосіб та засоби евакуації потерпілих, що не потребують медичної допомоги на цьому етапі.

Медичне сортування, як правило, ведеться на основі з'ясування діагнозу потерпілого, його прогнозу і тому завжди носить діагностичний та прогностичний характер. Результати медичного сортування позначаються сортувальними марками, а також реєструються у первинній медичній картці, історії хвороби.

Медичне сортування доцільно проводити **сортувальними бригадами** у складі: лікаря, двох медичних сестер, двох реєстраторів та 1-2 ланок санітарів-носіїв.

Без медичного сортування неможливо обійтися в усіх випадках, коли виникає необхідність у наданні медичної допомоги одночасно декільком, а тим більш великій кількості потерпілих.

Правильно організоване медичне сортування сприяє не тільки успішному здійсненню лікувально-евакуаційного забезпечення, але й найбільш раціонального використання сил та засобів медичної служби.

ГРУПИ МЕДИЧНОГО СОРТУВАННЯ

Група пріоритету I або «Червона група» - постраждалі в критичному стані, з важкими ушкодженнями, які вимагають невідкладної медичної допомоги протягом хвилин (60 хвилин - «золотий час» для доставки таких потерпілих до найближчого медичного закладу). До цієї групи найчастіше включаються постраждалі з гострими порушеннями прохідності дихальних шляхів або ризиком такого порушення, напруженим пневмотораксом, неостановлене кровотечами, ушкодженнями торсу, шиї або тазу з розвитком або ризиком розвитку шокових станів, ампутації або ризиком втрати кінцівок, очними травмами. Представники цієї групи евакуюються в медичний заклад в першу чергу.

Група пріоритету II або «Жовта група» - постраждалі з серйозними пошкодженнями, що не піддають ризику життя, кінцівки або зір і стан яких не погіршаться протягом декількох годин. До цієї групи найчастіше включаються постраждалі з проникаючими і тупими травмами без розвитку шокового стану, переломами, некритичними кровотечами, лицьовими ушкодженнями без порушень прохідності дихальних шляхів, незначними опіками. Транспортування таких постраждалих в медичний заклад може бути відкладена.

Група пріоритету III або «Зелена група» - постраждалі з незначними ушкодженнями та порушеннями, погіршення стану яких мало ймовірно протягом декількох днів. До цієї групи найчастіше включаються постраждалі з переломами малих кісток, ударами, вивихами, саднами і подряпинами, мінімальними опіками. Постраждалі, що входять в цю групу, цілком можуть вдатися до само- та взаємодопомоги, яка не вимагає медичної кваліфікації.

Група пріоритету IV або «Чорна група» - загиблі, або вмираючі, що отримали несумісні з життям ушкодження. Допомога таким потерпілим не виявляється взагалі або має знеболюючий і пом'якшувальний характер і виявляється в останню чергу.

Поняття про медичне сортування: вступне, первинне, вторинне та евакуаційне.

1) Вступне сортування – виконують працівники МНС і МВС, віддаючи пріоритет у винесенні (виведенні) поранених із зони ураження;

2) Первинне медичне сортування – розподіл постраждалих на групи в залежності від тяжкості стану і відмітка їх окремими кольорами;

3) Вторинне медичне сортування – визначення пріоритету в наданні медичної допомоги постраждалим червоної групи.

4) Евакуаційне сортування – визначення черговості евакуації, положення тіла у просторі, супроводу, виду транспорту та місця госпіталізації.

Масовий випадок – це ситуація, в якій внаслідок хвороби чи дії пошкоджувального чинника постраждали дві особи і більше.

При сортуванні особливого підходу вимагають поранені:

- у яких залишилися боєприпаси, що не вибухнули. Таких пацієнтів необхідно негайно відділити та лікувати в останню чергу, застосовуючи процедури особливого поводження з такими пораненими;

- поранені, що надходять із зараженням, отриманим на полі бою, де використовувалася ядерна та/або біологічна, та/або хімічна зброя. Таких постраждалих потрібно знезаразити перед допуском до лікувального закладу.

Догоспітальну допомогу може бути надано на вулиці біля лікувального закладу за допомогою належним чином захищеного персоналу;

- поранені, що є військовополоненими чи затриманими — важливо вчасно виявити терористів-смертників та «людські міні-сюрпризи» за допомогою ретельного огляду, роззброєння та відсіювання усіх постраждалих перед їх допуском до зон надання медичної допомоги, включно із зоною сортування;

Зміст теми:

Розробка плану порятунку постраждалого в зоні обстрілу завжди повинна бути на першому місці навіть коли надання допомоги постраждалому вкрай необхідне. Після отримання дозволу від командира на здійснення переміщення поранених із зони обстрілу в зону укриття необхідно спланувати кількість рятувальників та кількість бійців з команди вогневого прикриття. Заздалегідь спланувати шляхи підходу та відходу, визначити найбільш небезпечні напрямки. Запланувати та розподілити між евакуаційною командою місця в зоні обстрілу, які можна використати, як тимчасовий захист при зміні бойової обстановки. Перевірити особисту зброю, засоби індивідуального захисту та необхідне медичне спорядження у всіх членів евакуаційної команди. Нагадати всім бійцям евакуаційної команди способи підтримання зв'язку та порядок роботи в зоні ураження. Далі слід намагатись встановити голосовий контакт з постраждалими. При встановленні голосового контакту з пораненим вимагайте від пораненого дій щодо його самостійного виходу з зони обстрілу, а при необхідності - і накладання собі кровоспинного джгута. У 3 випадку коли поранений не може сам собі надати допомогу, голосовий зв'язок з ним підтримується постійно аж до моменту контакту. Такі дії спрямовані на зменшення ризику отримати бойову травму для всіх бійців під час здійснення евакуації пораненого.

Обов'язково треба дотримуватися нижче наведених принципів при наданні допомоги постраждалим у тактичних умовах:

1. дочекатись завершення поставленої бойової задачі та отримати дозвіл у командира на евакуацію;

2. вжити всіх заходів для особистої безпеки та зменшення ризику виникнення недоцільних ушкоджень серед особового складу;

3. надавати допомогу постраждалому тільки відповідно до своєї фахової підготовки і у обсязі, обумовленому тактичною зоною.

Евакуація поранених з-під вогню противника в ході виконання завдань вимагає швидких, чітких і злагоджених дій всієї розвідувальної групи. При евакуації поранених слід діяти гранично швидко, не даючи противнику часу оцінити ситуацію і вжити заходів з блокування та знищення групи порятунку. Хороша медицина може бути поганою тактикою. Санітарний інструктор повинен знати, що він робить і коли він повинен це робити. Правильне з медичної точки зору втручання, здійснене не у той час, може призвести до додаткових невиправданих поранень. В умовах міста поранені мають бути переміщені в кращі тактичні умови максимально швидко, до того, як їм почнуть надавати допомогу. Особливу небезпеку в міських умовах становлять снайпери, у зв'язку з наявністю великої кількості місць для облаштування вогневих точок. Відкриті території часто знаходяться під спостереженням ворога. Необхідно використовувати різні засоби для порятунку постраждалих та методи, що перешкоджають активним діям противника (вогнева перевага, диверсії, дими, спеціально виготовлені або підручні пристрої для переміщення поранених, евакуаційні стропа з карабінами тощо). Рятувальник і поранений повинні знаходитися поза зоною обстрілу супротивника до надання комплексної допомоги. Якщо ви знаходитесь під обстрілом і тактична ситуація дозволяє, використовуйте джгут для припинення кровотечі, яка є небезпечною для життя. Потім швидко перемістіться разом з постраждалим в безпечне місце, де ви зможете надати йому додаткову допомогу. Таке місце може бути під накриттям, усередині будівлі або де завгодно, де не ведеться обстріл. 4 5. На плечах. За допомогою мотузки та плащ-палатки. Волоком за ручку на розвантажувальному жилеті. На боці Навколішки. На спині поповзом

1. Техніка переміщення У сучасних умовах індивідуальне спорядження кожного військовослужбовця (бронежилет, шолом, стрілецька зброя та інше) збільшує його середню вагу на 23-32 кг. У зв'язку з цим, переміщення постраждалого може виявитись проблематичним.

Способи, які можна використовувати під час переміщення пораненого:

1. індивідуальне переміщення;
2. витягування;
3. винесення;
4. волочіння;
5. використання імпровізованих та табельних засобів виносу.

Раніше техніка первинного переміщення постраждалих базувалась на застосуванні лише одного бійця-рятувальника, рідше двох. У зв'язку із збільшенням ваги бойового оснащення бійця такий спосіб був визнаний складним і недоцільним для виконання. Тому і виникла необхідність нових підходів до переміщення постраждалого на полі бою.

Способи евакуації пораненого з сектору обстрілу

1. Переповзання по-пластунськи
2. Переповзання навколішки
3. Перебігання
4. Ходьба/біг

Як тільки поранений буде евакуйований в найближче безпечне від вогню противника місце, йому слід негайно надати першу допомогу (в першу чергу зупинити кровотечу, ввести знеболюючий препарат). Якщо бойова обстановка дозволяє, то пораненому надається перша медична допомога в повному обсязі. У складних ситуаціях бойової обстановки поранений транспортується на пункт збору, а підгрупа забезпечення відволікає противника на себе, не даючи йому можливості до переслідування групи порятунку. Перша медична допомога в повному обсязі, в даній ситуації, надається негайно, як тільки буде така можливість (група відірветься від переслідування противника).

Індивідуальна техніка пересування – це специфічна техніка для самопересування в укриття. Тактичні тренувальні сценарії дають можливість відпрацювати такі види пересування в умовах, максимально наближених до бойових. За сприятливих тактичних і медичних умов поранений солдат повинен самостійно переміститись у безпечне місце.

Відтягування – це техніка, призначена для переміщення постраждалого на короткій відстані. При проведенні відтягування постраждалий залишається малопомітним. Така техніка є більш простою для виконання, ніж спроби підняти важкого постраждалого, і дозволяє рятувальникові використовувати комплект зброї. Відтягування однією особою. Ця техніка дозволяє рятувальнику і постраждалому бути менш помітними. Проте пересувати важкого постраждалого в зігнутому (лежачому) положенні дуже складно. Кожен рух здійснюється на дуже обмеженій відстані і вимагає від рятувальника значних фізичних зусиль.

Маніпуляція № 1 Відтягування в положенні лежачи

Крок 1. Завести руку пораненого за його голову і захопити його за протилежне від себе плече. У стані коми або клінічної смерті не можна виявити ознаки ушкодження шийного відділу хребта. Тому поворот на живіт слід проводити з обов'язковим страхуванням шийного відділу хребта. Заведена за голову рука підстраховує шию і відіграє роль осі, що значно прискорює і полегшує поворот пораненого на живіт.

Крок 2. Захопіть своєю рукою плече пораненого, що знаходиться далі від вас, а ногою – його гомілку. При цьому щільно притуліться до пораненого. Захоплення за протилежне від себе плече і захоплення гомілки своєю ногою дозволять максимально швидко і з мінімальними зусиллями перекотити пораненого на себе.

Крок 3. Різким рухом переверніться разом із пораненим на спину. Час повороту пораненого на живіт в положенні лежачи для подальшого транспортування в укриття не повинен перевищувати 5-ти секунд.

Крок 4. Свою зброю взяти за лямку в ліву руку. Правою рукою захопити в кулак ремінь зброї пораненого і лямку його бронежилета, після чого приступи до пересування в укриття, відштовхуючись від землі правою ногою та лівою рукою або навпаки. Утримання ремня зброї і лямки бронежилета в одній руці дозволяє жорстко фіксувати пораненого при пересуванні, а при необхідності швидко скористатися його зброєю. Транспортувати пораненого слід в положенні «лежачи на животі», використовуючи для пересування свою ліву ногу і праву руку. Щоб уникнути швидкого витрачання сил через кожні 10-15 метрів слід змінити відштовхувальну руку і ногу на протидежні. Під час транспортування слід бути готовим в будь-який момент відкрити загороджувальний вогонь з автомата розташованого за спиною пораненого. Боєць, який доставив пораненого до укриття, підхоплюється за лямки бронежилета і різко втягується разом з пораненим в укриття. Боєць, який доставив пораненого в укриття, випрямляє ноги і припиняє будь-які спроби переміщення в положенні «лежачи на спині». Простіше і швидше витягти двох бійців у вигляді пасивного вантажу - в момент захоплення лямок розвантажувального жилета. Боєць, який доставив пораненого повинен випрямити ноги і не заважати діям помічника.

Переваги: Ця техніка дозволяє рятувальникові та постраждалому бути менш помітними. При транспортуванні санітарний інструктор максимально захищений.

Недоліки: техніка важка у виконанні та вимагає від рятувальника великих енерговитрат; повільне переміщення пораненого порівняно з іншими способами.

Маніпуляція № 2 Відтягування в положенні стоячи.

Варіант № 1 Однією рукою захопіть лямку бронежилета пораненого та підніміть верхню частину його тіла, іншою рукою утримуйте свою зброю, зігніть свої ноги в колінах та переміщуйте пораненого.

Переваги: відносно швидкий метод переміщення пораненого.

Недоліки: загроза отримати поранення.

Варіант № 2 Якщо інші бійці можуть прикрити санітарного інструктора вогнем, пораненого треба взяти за обидві лямки бронежилета і тягнути в напівзігнутому положенні.

Переваги: відносно швидкий метод переміщення пораненого.

Недоліки: не можливе застосування зброї під час відтягування; загроза отримати поранення.

Варіант № 3 «Дай свій годинник» або «Рятувальний хват» Ліву руку проведіть під лівою пахвою пораненого. Захопіть лівою рукою ліве передпліччя пораненого в верхній третині (біля ліктьового суглобу). Праву руку проведіть під правою пахвою пораненого. Захопіть правою рукою захватом зверху ліве передпліччя пораненого в нижній третині (ділянка кистьового суглобу, або місце носіння годинника). Підніміться з пораненим на напівзігнутих ногах. Ноги пораненого торкаються землі тільки п'ятами. Проведіть евакуацію пораненого рухаючись спиною вперед. При пораненні лівої руки захват здійснюється за праву руку в дзеркальному відображенні.

Переваги: швидкий метод транспортування пораненого (мала площа тертя); боєць-рятувальник максимально захищений.

Недоліки: рух спиною вперед; не можливе застосування зброї під час відтягування.

Маніпуляція № 3 Відтягування двома особами. Ця техніка є більш простою для рятувальників і дозволяє рухатися значно швидше. Вона вимагає значно менше витрат сил, але рятувальники перебувають у вищому положенні, ніж під час застосування техніки напівсидячи. У рятувальників більше можливостей використовувати зброю. Пораненого транспортують два бійці, тягнучи за лямки бронежилета, при цьому необхідно, за можливості, прикривати їх вогнем.

Переваги: швидкий метод транспортування пораненого.

Недоліки: загроза отримати поранення у бійців, що здійснюють переміщення. Перенесення двома особами. Один боєць, заходячи зі спини, бере за лямки бронезилета пораненого або «рятувальним хватом», другий – за ноги або перехрестивши ноги за нижню частину штанів. **Евакуація пораненого – ногами вперед.**

Переваги: швидкий метод транспортування пораненого; швидкість виконання транспортування. **Загальні недоліки методів відтягування:**

1. Ці методи підходять лише для коротких відстаней. Винесення на плечі .
2. Вони вимагають значної концентрації сил для відтягування важкого, повністю екіпірованого бійця. Санітарний інструктор повинен враховувати принципи фізики (тертя, інерція, маса) під час руху.
3. Залежно від способу відтягування, який застосовує рятувальник, він може бути більш чи менш видимим для ворога.
4. Оптимального місця для захоплення постраждалого з метою його переміщення не існує.

Недоліки: Більшість видів винесення виконати нелегко у зв'язку зі збільшеною вагою військовослужбовця в повному спорядженні. Проте нижче представлено декілька способів для швидкого винесення потерпілого в укриття. Їх слід виконувати уважно, оскільки рятувальник і постраждалий знаходяться у високій позиції.

Винесення на плечі – це техніка переміщення постраждалого однією людиною. Даний метод може бути використаний при евакуації пораненого з кабіни або салону автомобіля. Проте на практиці звалити на плече постраждалого в повній екіпіровці і перенести його в укриття практично неможливо. Зверніть увагу, що постраждалий, зображений на малюнку, легкий (без бронезилета і зброї), а рятувальник – більший за нього. Тому застосовувати перенесення на плечі на практиці не рекомендується.

Винесення на спині постраждалого в укриття здійснюється набагато легше. Захопіть зап'ясток і передпліччя пораненого солдата через одне плече і нахиліться вперед, відірвавши його від землі. **Винесення двома особами** : Два рятувальники захоплюють зап'ястки постраждалого і поміщають на протилежні плечі, нахилиються вперед і піднімають його для переміщення. Перенесення за допомогою двох рятувальників виконується легше, ніж за допомогою одного.

Переваги: швидкий метод транспортування пораненого.

Недоліки: загроза отримати поранення у солдат, що здійснюють переміщення; може викликати посилення больових відчуттів у пораненого.

Ноші. На даний час особовий склад бойових підрозділів може бути забезпечений значним розмаїттям нош для перенесення постраждалих. Ноші оснащені трьома парами ручок типу петля, що дозволяє здійснювати евакуацію пораненого відразу 6-ма військовослужбовцями. Особливістю використання даного виду нош є те, що при завантаженні на них пораненого треба заздалегідь врахувати положення голови пораненого, яка не повинна звисати за їх край. Евакуація пораненого здійснюється ногами вперед. Це обумовлено тим, що за статистикою частіше падають ті, хто йдуть попереду. Особливістю даних нош є те, що евакуація може здійснюватись і східцями будинків і з використанням мотузкової переправи. В згорнутому стані ноші переносить один боєць. В розгорнутому стані при евакуації пораненого можуть бути задіяні дві особи, чотири, або навіть десять осіб. Ноші оснащені спеціальними лямками для фіксації пораненого.

Спинні дошки може використовуватися людьми, що надають першу допомогу, як засіб для переміщення пораненого. Пораненим зазвичай накладають шийний комір і відповідно імібілізують перед переміщенням.

Транспортування на ношах пораненого з переломом кісток тазу - підкладання під коліна валика із зв'язуванням ніг разом в ділянці колін головним кінцем нош, в такому положенні йому легше дихати.

Алгоритм перенесення пораненого з підозрою на пошкодженнями стегнових кісток і кісток тазу.

1. Покласти на носилки розгорнутий бронезилет.
2. Здійснити максимально обережне перенесення пораненого на носилки можливо тільки за допомогою чіткого узгодження дій чотирьох бійців.

3. На ношах під коліна пораненого на бронезилет покласти валик з одягу чи плащ-палатки. Перший номер. Лівою рукою притримує голову пораненого, а правою захоплює в «скатку» верхню частину гімнастерки. Другий номер. Правою рукою захоплює в «скатку» середню частину гімнастерки, а лівою береться за поясний ремінь. Третій та четвертий номери. Двома руками притримують стегна пораненого. За командою другого номера бережно перекладають пораненого із землі на ноші, утримуючи його ноги в «позі жабки». Розміщення пораненого з ушкодженнями кісток тазу або стегнових кісток на щиті (бронезилеті), з валиком під колінами, дозволить переносити його в захисній позі «жабки» з найменшим заподіянням болю і додаткових ушкоджень.

Матеріали для самоконтролю:

Матеріали для самоконтролю:

Тестові завдання:

1.Що розуміється під медичним сортуванням ?

а)медичне сортування – це розподіл поранених і хворих за ознаками потреби в однорідних лікувально - евакуаційних і профілактичних заходах відповідно до медичних показань , обсягу медичної допомоги та прийнятого порядку евакуації;

б) медичне сортування – це розподіл поранених і хворих за ознаками тяжкості поранення відповідно до медичного показання . обсягу медичної допомоги та прийнятим порядком евакуації;

в)медичне сортування - це розподіл поранених і хворих за ознаками локалізації поранення відповідно до медичних показань і обсягу медичної допомоги ;

г) медичне сортування це – розподіл поранених і хворих по тривалості впливу вражаючого фактора.

2. Мета медичного сортування полягає:

а). У наданні постраждалим першої медичної допомоги

б)У якнайшвидшій евакуації поранених із осередку ураження

в)У проведенні первинного медичного огляду з наданням кваліфікованої спеціалізованої медичної допомоги

г) У забезпеченні поранених та хворих своєчасним проведенням лікувально-профілактичних заходів та подальшу їх евакуацію

д)У встановленні необхідності , черговості і місці надання пораненим і хворим медичної допомоги.

3.В основі медичного сортування постраждалих лежать такі головні ознаки:

а)локалізація ураження

б)евакуаційне призначення

в) небезпечність для оточуючих, лікувальна ,евакуаційна ознаки

г)тяжкість ураження

д)черговість надання допомоги

4. В залежності від завдань, які вирішуються у процесі медичного сортування поранених і хворих, розрізняють наступні його види:

а)транспортне, пунктове, діагностичне

б)пунктове, клініко-діагностичне

в)діагностичне, транспортне

г) внутрішньо-пунктове ,евакуаційно-транспортне

д)діагностичне, евакуаційно-транспортне

Еталони відповідей на тести:

1.а

2.г

3.в

4.г

1. Для розшуку потерпілих на великих територіях найефективнішим є використання:

- а) пошукових груп;
- б) спеціально навчених собак;
- в) способу санітарних «грабель»;
- г) **механізованих засобів збирання**

2. Відтягування потерпілого з поля бою здійснюється:

- а) до надання ПМД;
- б) **після надання ПМД**
- в) **під час надання ПМД на полі бою**

3. Процес розшуку потерпілих на полі бою починається:

- а) **з самого початку бойових дій;**
- б) по закінченні бою;

Еталони відповідей на тести:

- 1.г
- 2.б
- 3.а

Література:

Основна:

1. Військово-медична підготовка / Під редакцією Бадюка М.І. – К., 2007. - С. 124-137.
2. Домедична допомога (алгоритми, маніпуляції): Методичний посібник / В.О.Крилюк, В.Д.Юрченко, А.А.Гудима та ін. - К.: НВП "Інтерсервіс", 2014. - 84 с.
3. Екстрена медична допомога: догоспітальний етап – алгоритми маніпуляції (базовий рівень). – Г.Г. Рошчін, А.А. Гудима, В.Ю. Кузьмін та ін. – К., 2012 – 84 с.
4. Невідкладна військова хірургія : [посібник] : присвяч. військ. лікарям / Інститут Бордена (США); ред.: В. Чаплик, П. Олійник, А. Цегельський ; пер. з англ. А. Кордіак [та ін.]. - 4-те америк. перегл. і випр. вид. : укр. вид. - Київ : Наш формат, 2015. - С. 43-57.
5. Стандарт підготовки: Фахова підготовка санітарного інструктора роти (батареї). – Вид. 1. - К. : «МП Леся», 2015. – С. 271-286.
6. 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», 2010. – С. 250-255.
7. 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 госпітальному етапі в умовах надзвичайних ситуацій. – К.: Медицина, 2015. – 368 с.

Додаткова:

1. Олена і Віктор Пінчук «Навчальна програма «Військова медицина на полі бою» (Combat Medicine)» Київ, Україна, 2015, 255 с/
2. 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.