

Основні принципи лікувально - евакуаторного забезпечення військ і населення під час надзвичайних ситуацій

Кафедра сімейної медицини і терапії

План лекції

- 1) Військова медицина, визначення, організаційна структура
- 2) Медичне забезпечення військ, основні завдання медичної служби
- 3) Організаційна структура медичної служби
- 4) З'єднання медичної служби
- 5) Втрати особового складу, їх характеристика
- 6) Основи тактичної медицини

Військова медицина –

є специфічною галуззю загальної медицини та охорони здоров'я і становить систему наукових знань (комплекс науково-практичних дисциплін) та напрямок практичної діяльності, що спрямовані на зміцнення здоров'я особового складу збройних сил в особливих умовах проходження військової служби, попередження та лікування захворювань і травм в цих умовах, а на період війни (бойових дій, збройних конфліктів) і бойових уражень, з метою збереження боєздатності військовослужбовців.

**Головний військово-медичний госпіталь
Міністерства оборони України**

**Центральний клінічний госпіталь
Державної прикордонної служби України**

**Центральний госпіталь
Служби безпеки України**

**Центральний госпіталь
Міністерства внутрішніх справ України**

**Лікарня відновного лікування
Міністерства внутрішніх справ України**

Медичне забезпечення військ –

це система організаційних, лікувально-профілактичних (лікувально-евакуаційних), санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів, які проводяться в збройних силах у всіх видах їх бойової і повсякденної діяльності з метою підтримання боєздатності військ (сил) шляхом збереження та зміцнення здоров'я особового складу, надання військовослужбовцям медичної допомоги, їх лікування і швидкого відновлення боєздатності та працездатності після поранень, травм та захворювань.

Основні завдання медичної служби Збройних Сил України у воєнний час, їх зміст і значення

- Організація та проведення системи заходів з надання медичної допомоги пораненим та хворим, їх лікування з метою збереження життя та скорішого відновлення боєздатності і працездатності
- Організація і здійснення медичних заходів з метою збереження боєздатності, зміцнення здоров'я особового складу, запобігання виникненню і розповсюдженню захворювань

Основні завдання медичної служби Збройних Сил України у воєнний час, їх зміст і значення

- Проведення заходів щодо захисту особового складу військ, медичних підрозділів, частин і закладів від зброї масового ураження та вражаючих факторів при руйнуванні потенційно небезпечних об'єктів атомної та хімічної промисловості
- Постійне удосконалення системи медичного забезпечення на основі глибокого аналізу характеру підготовки і ведення бойових дій

Організаційна структура медичної служби Збройних Сил України

Медична служба Збройних Сил України представляє собою спеціальну організацію, яка включає медичні підрозділи, частини, заклади, з'єднання і органи управління, призначені для медичного забезпечення військ (сил) в мирний та воєнний час.

Організаційно-штатна структура медичної служби залежить від організаційної структури, завдань і характеру бойових дій, виду збройних сил, особливостей його медичного забезпечення, а також від завдань, які покладаються на відповідні формування медичної служби

Організаційна структура медичної служби Збройних Сил України

Підрозділи медичної служби - це медичні формування, які включені до штату військових частин.

До них відносяться медичні пункти батальйонів і окремих полків, медичні роти механізованих (танкових) бригад.

Медичні підрозділи складають основу військової ланки медичної служби. В них здійснюється надання долікарської, першої лікарської і невідкладних заходів кваліфікованої медичної допомоги.

Очолюють і працюють в медичних підрозділах фельдшери, помічники лікарів, лікарі загальної практики - сімейної медицини, а також лікарі за фахом - хірурги, терапевти, анестезіологи і т.д.

Частини (заклади) медичної служби є окремими (самостійними) медичними формуваннями, які включаються до складу медичних з'єднань і медичної служби оперативних (оперативно-стратегічних) об'єднань або знаходяться в безпосередньому підпорядкуванні медичної служби видів збройних сил, оперативних командувань та центру (Департаменту охорони здоров'я Міністерства оборони України).

До таких формувань відносять окремі медичні роти, санітарно-транспортні частини, військові польові пересувні госпіталі, військові санаторії, санітарно-епідеміологічні заклади, заклади медичного постачання, військово-медичні навчальні заклади, тощо.

Всі керівники зазначених медичних формувань є офіцерами медичної служби.

З'єднання медичної служби –

це медичні формування, до складу яких входять медичні частини (заклади), а також частини матеріально-технічного забезпечення, які мають свій єдиний орган управління.

До них відносяться:

медичні бригади армійських корпусів, госпітальні бази.

Загальне керівництво військово-медичною службою здійснює
Департамент охорони здоров'я Міністерства оборони України
(ДОЗ МОУ).

ДОЗ МОУ підпорядкований безпосередньо заступнику
Міністра оборони України.

Очолює ДОЗ МОУ - директор Департаменту охорони
здоров'я МОУ.

Лікарський склад (лікарі)

Лікарські посади комплектуються кадровими військовими лікарями та лікарями-офіцерами медичної служби запасу, які в основному призиваються до складу збройних сил під час війни.

Військові лікарі, які працюють у складі медичної служби бригад та окремих частин, як правило, є лікарями загальної практики-сімейної медицини.

Серед лікарських посад в медичній службі оперативних об'єднань (АК) є лікарі різних фахів: хірурги, терапевти, стоматологи, анестезіологи-реаніматологи, неврологи, гігієністи, епідеміологи, токсикологи-радіологи, бактеріологи та інші.

Кожен військовий лікар повинен бути готовим організувати й особисто надавати відповідний вид медичної допомоги, мати тверді навички з управління медичною службою і керівництва медичними підрозділами, частинами, закладами.

Усі втрати особового складу військ (сил), які виникли за час бойових дій, називають загальними втратами.

Вони поділяються на втрати безповоротні та санітарні.

Безповоротні втрати - це втрати, що включають вбитих, тих, хто пропав безвісти, а також тих, хто потрапив у полон.

До санітарних втрат відносять поранених різними видами зброї та хворих, які втратили боєздатність (працездатність) не менш ніж на добу, надійшли на етапи медичної евакуації (медичні пункти, медичні роти чи в лікувальні заклади), були там зареєстровані й отримали лікарську допомогу.

До категорії **тяжкопоранених (тяжкохворих)** відносяться

Поранені (хворі) з пошкодженнями (захворюваннями) життєвоважливих органів чи систем (черепа, хребта, органів грудної та черевної порожнини), великих кровоносних судин, нервових стволів, кісток

з явищами, що загрожують життю, або такими, що можуть привести до різкого порушення функцій усього організму.

До категорії поранених (хворих) **середньої тяжкості** відносяться поранені (хворі) з пошкодженнями тулуба, кінцівок чи захворювання внутрішніх органів при відсутності загрози життю, але які потребують тривалого часу лікування (не менше 2-х місяців).

До **легкопоранених (легкохворих)** відносять осіб, які мають легку механічну, термічну, радіаційну або іншу травму, тимчасово втратили боє – та працездатність, але зберегли здатність до самостійного пересування та самообслуговування, не мають виражених розладів життєвоважливих функцій, у яких відсутні реальні загрози розвитку ускладнень, а лікування та реабілітація яких повинні бути завершені за термін до 60 діб, після чого вони будуть придатні до військової служби.

Санітарні втрати

Під величиною розуміють розміри санітарних втрат в абсолютних числах (кількість поранених і хворих) або у відсотках від чисельності особового складу військ (сил).

Структура санітарних втрат - це відсоткове співвідношення різних категорій поранених і хворих серед загальної кількості санітарних втрат від усіх або окремих видів зброї.

Лікувально – евакуаційне забезпечення

це розділ медичного забезпечення Збройних Сил України у воєнний час і в умовах надзвичайних ситуацій мирного часу, яке являє собою систему взаємопов'язаних заходів з надання медичної допомоги пораненим і хворим, їх евакуації, подальшого лікування та реабілітації.

Основні принципи

- надання медичної допомоги пораненим і хворим та початок інтенсивної терапії якомога раніше;
- ешелонування (розчленування, розподіл) медичної допомоги між медичними пунктами та лікувальними закладами;
- поєднання заходів щодо надання медичної допомоги, лікування та реабілітації поранених і хворих з їх евакуацією;
- евакуація пораненого чи хворого за призначенням до того лікувального закладу, де йому може бути надана не тільки радикальна, а бажано й вичерпна медична допомога з наступним лікуванням до одужання;
- проведення інтенсивної терапії тяжкопораненим і тяжкохворим під час евакуації;
- послідовність і спадкоємність у наданні медичної допомоги, лікуванні та реабілітації;
- спеціалізація медичної допомоги, лікування й реабілітація поранених і хворих.

Найбільш частими причинами загибелі від поранень, смерті від яких можна запобігти, є :

60% — крововтрата

30% — пневмоторакс

5% — обструкція дихальних шляхів

5% — інші причини

Індивідуальна аптечка першої допомоги (IFAK – Individual First Aid Kit).

- **Кровоспинні засоби:**

1) Джгут для зупинки артеріальної кровотечі С.А.Т. Бажано мати 2 турнікети – один в аптечці, інший ззовні — на самій аптечці або на амуніції

Український гумовий кровоспинний **джгут Есмарха** або інші засоби для зупинки артеріальної кровотечі, наприклад, **трикутна хустка** для накладення закрутки.

2) Бандаж для першої допомоги з аплікатором для тиску на рану.

Це так званий „**Ізраїльський бандаж**” – сучасний перев'язувальний пакет, який створюючи постійний тиск на рану, зупиняє більшість достатньо сильних, але не критичних кровотеч.

3) Гемостатичний засіб на основі хітозану чи каоліну – Celox, ChitoSam у вигляді гранул або більш сучасні у вигляді кровоспинного бинта (бойової марлі) – Combat Gauze, QuikClot, H&N Compressed Gauze PriMed та ін.

Індивідуальна аптечка першої допомоги (IFAK – Individual First Aid Kit).

4) Назофарингеальний (носоглотковий) повітровід

В. Засоби для боротьби з порушеннями дихання:

5) Оклюзійний грудний пластр Ашермана —

6) Набір для декомпресії (Спеціальна голка з катетером для декомпресії грудної клітки – ARS (Air Release System)).

Замість цього набору для декомпресії аптечка може містити катетер G14 (помаранчевий).

7) Спеціальна маска із клапаном для штучного дихання методом „рот-в-рот” – CPR Face Shield (або інша)

Індивідуальна аптечка першої допомоги (IFAK – Individual First Aid Kit).

С. Засоби для зупинення менших кровотеч, підтримання кровообігу, боротьби з шоком та інші засоби:

- 8) Звичайні стерильні бінти та серветки та/або перев'язувальні пакети.**
- 9) Термоковдра HRS або Blizzard Survival Blanket**
- 10) Внутрішньовенний катетер G18 (зелений)**
- 11) Трикутна хустка.**
- 12) Пластир бактерицидний.**
- 13) Пластир катушковий.**
- 14) Ножиці.**
- 15) Рукавички гумові**
- 16) Антисептик (хлоргексидин або ін.)**
- 17) Англійські булавки**
- 18) Незмивний маркер !! (краще розчин діамантового зеленого (зеленки) у вигляді маркера — антисептик для невеликих ран)**
- 19) Медикаменти:**
 - знеболювальні ненаркотичні (парацетамол, диклофенак, ібупрофен, або ін.);**
 - антибіотики (цефалексин, норфлуксацин або амоксицилін, або ін.)**

ЧЕРВОНА ЗОНА

- **Перший етап** — при наданні допомоги в „червоній зоні” ви знаходитесь під вогнем супротивника, що значно обмежує допомогу, яку ви можете надати. Допомога переважно складається з використання джгута для зупинки небезпечної для життя кровотечі з ран в області кінцівок і якнайшвидшого переміщення потерпілих у безпечне місце.
- **В умовах бою бути рятувальником – це ваша вторинна місія. Ваша основна функція–виконати первинну місію. Першим пріоритетом на полі бою для вас є вести вогонь у відповідь. Ви можете надавати допомогу пораненим солдатам, тільки якщо це не заважатиме виконанню вашої первинної місії.**
- Цілі під час надання допомоги пораненим в зоні обстрілу :
 - 1) Виконати бойове завдання;
 - 2) Запобігти більшій кількості жертв (дбати про безпеку власну та інших бійців);
 - 3) Зберегти життя пораненого.

Такий підхід базується на наступних важливих принципах:

- Лише необхідне втручання у кожний конкретний період процесу надання допомоги;
- Необхідне медичне втручання, застосоване у неправильний період під час бойових дій, може привести до додаткових жертв.

ЧЕРВОНА ЗОНА

ДІЇ ПРИ ВИЯВЛЕННІ ПОРАНЕНОГО

- Пам'ятайте: «Найкращі ліки під час бою – це вогнева перевага над супротивником»;
- Заходи щодо пригнічення вогневої активності супротивника мінімізують вірогідність збільшення кількості поранених та загиблих;
- Зменшення вогню супротивника може виявитися більш істотною допомогою для виживання пораненого, ніж термінова медична допомога, яку ви можете надати;
- Якщо поранений дієздатний, дайте йому вказівку вести вогонь у відповідь, переміститися в укриття та самостійно вжити заходів першої медичної допомоги;
- Якщо поранений не здатний вести вогонь у відповідь, а ви не можете допомогти, дайте пораненому вказівку «прикидатися загиблим»;
- Передайте інформацію про обстановку командирів підрозділу, при можливості обговоріть з ним медичну ситуацію, що склалася.

ЧЕРВОНА ЗОНА

- Підійдіть до пораненого, використовуючи самий безпечний шлях.
- Сформууйте загальну картину стану пораненого (ступінь ураження, ймовірність виживання і т.д.). Застосовуйте правило С-А-В-С! (Критична кровотеча – Дихальні шляхи – Дихання – Циркуляція) – основна увага швидкому пошуку критичної кровотечі!
- Після того, як підійдете до пораненого, визначте наявність у нього свідомості:
 - (1) Запитайте гучним, але спокійним голосом: «Ти в порядку?». Акуратно струсіть або поплещіть пораненого по плечу.
 - (2) Якщо поранений знаходиться в свідомості, запитайте у нього, в якому місці він відчуває біль або інші незвичні відчуття. Це допоможе визначити рівень свідомості потерпілого і забезпечить вас інформацією, яку можна використовувати при наданні допомоги потерпілому.
 - (3) Задайте пораненому питання, щоб визначити рівень його свідомості. Задавайте потерпілому питання, які потребують більш розгорнутих відповідей, ніж «так» і «ні». Приклади таких питань: «Як тебе звати?», «Яке сьогодні число?» і «Де ми знаходимося?».
 - (4) Якщо поранений не відповідає на питання, не реагує на команди – перевірте його на реагування на біль. Для цього потрібні його грудну кістку (грудину) кісточками ваших пальців або міцно стисніть м'яз у складці між великим та вказівним пальцем пораненого.

ЧЕРВОНА ЗОНА

- Якщо у пораненого важка кровотеча з кінцівки, або кінцівку ампутовано, накладіть турнікет (джгут) поверх одягу вище місця кровотечі;
- Якщо точне місце поранення кінцівки невідомо – не витрачайте час – накладайте джгут максимально високо на стегні або плечі пораненої кінцівки;
- Якщо у пораненого відірвана рука, передпліччя, стегно або нога, накладіть джгут, навіть якщо рана не сильно кровоточить;
- Не витрачайте час, намагаючись використовувати інші методи для зупинки кровотечі, такі як накладення тиснучої пов'язки. Як тільки ви і поранений досягнете безпечного місця, джгут можна буде накласти повторно, або за необхідності можна буде застосувати інші методи зупинки кровотечі;
- На цій стадії не приділяється увага звільненню дихальних шляхів, оскільки головне завдання полягає в швидкому переміщенні пораненого в укриття.
- Якщо тактична обстановка не дозволяє швидке переміщення непритомного пораненого в укриття, спробуйте безпечно для себе повернути його на живіт, так як протягом 5-10 хвилин він може задихнутися від западання язика та/або захлинутися рідинами;

ЧЕРВОНА ЗОНА

**в зоні обстрілу
при кожній значній кровотечі
при найменшому сумніві
будь-яка кровотеча
повинна розглядатися як
значна і небезпечна, та має
накладатися джгут для її зупинки**

ЗАСТОСУВАННЯ ДЖГУТА

Джгут повинен застосовуватися тільки:

- при артеріальній кровотечі (фонтануючий струмінь алої крові з рани);
- при значній кровотечі, яку не вдається зупинити іншими засобами (якщо ви наклали давлучу пов'язку і застосували техніку ручного притиснення, але пов'язка просякла кров'ю, і рана продовжує кровоточити);
- при травматичній ампутації кінцівки;
- при комбінованих ураженнях, як швидкий тимчасовий засіб для зупинки значної кровотечі з метою надання іншої життєво необхідної допомоги;
- при наявності кількох постраждалих, що також вимагають невідкладної допомоги, як швидкий тимчасовий засіб для зупинки значної кровотечі;



ЖОВТА ЗОНА

- **Другий етап** – надання медичної допомоги у військово-польових умовах в жовтій зоні.
- Почніть етап надання медичної допомоги у військово-польових умовах після того, як ви і поранений більше не знаходитесь під прямим вогнем противника. На цьому етапі у вас є більше часу для надання допомоги. Однак бойова обстановка може змінитися, і ви можете опинитися знову в умовах обстрілу.
- При наданні медичної допомоги у військово-польових умовах медичне обладнання та матеріали часто обмежені тими, які були принесені на поле бою бійцем-рятувальником або окремими солдатами.

ЖОВТА ЗОНА

- **Оцініть стан пораненого застосовуючи правило С-А-В-С .**
- **Огляньте пораненого на наявність небезпечних для життя кровотеч.**
- **Зробіть необхідні заходи для відновлення прохідності дихальних шляхів, включаючи введення носоглоткового повітроводу при необхідності.**
- **Обробіть будь-які відкриті ушкодження грудної клітини. В разі напруженого пневмотораксу проведіть декомпресію.**
- **Перевірте стан кровоспинного джгута, якщо він застосовувався. Якщо на етапі надання медичної допомоги в умовах обстрілу ви накладали пораненому джгут для зупинки кровотечі з ран кінцівок, перевірте кровотечу.**

ЖОВТА ЗОНА

- **Огляньте пораненого на наявність незначних кровотеч.**
- **Огляньте пораненого на предмет наявності будь-яких необроблених ран** на кінцівках, які можуть бути небезпечні для життя, і обробіть їх.
- **Продовжуйте обробляти інші травми** (накладення шин на переломи, перев'язка інших ран, опіків і т.д.).
- **Введіть знеболюючі та антибіотики** з польової аптечки IFAK. Використовуйте IFAK пораненого. Не використовуйте вашу польову аптечку, так як вона може знадобитися вам самим.
- **Вжуйте необхідних заходів для запобігання розвитку шокового стану** або надайте допомогу при шоку, що вже розвинувся. За можливості встановіть внутрішньовенний доступ.

ЖОВТА ЗОНА

- Передайте інформацію про медико-санітарну обстановку командирів підрозділу. При необхідності **викличте іншого медичного працівника**. Повідомте командира підрозділу, якщо поранений не зможе продовжити виконання бойового завдання.
- **Слідкуйте за пораненим**. Слідкуйте за рівнем свідомості (шкала AVPU) кожні 15 хвилин і диханням пораненого. Якщо він у свідомості розмовляйте з ним при можливості – підбадьорте, заспокойте, поясніть, що збираєтеся робити.
- **В разі необхідності підготуйте пораненого до евакуації**. Запишіть дані клінічного огляду, відомості про виконані лікувальні заходи, а також зміни в стані потерпілого в спеціальній реєстраційній картці. Передайте дану інформацію разом з потерпілим на наступний рівень надання допомоги.

Якщо пораненого
внаслідок вибуху або з проникаючою травмою
знайдено без пульсу, дихання або без інших ознак життя –
НЕ ЗАСТОСОВУЙТЕ СЕРЦЕВО-ЛЕГЕНЕВУ РЕАНІМАЦІЮ (СЛР).

Постраждалі з порушеним психічним станом
ПОВИННІ БУТИ НЕГАЙНО РОЗЗБРОЄНІ.

Зверніть увагу на руки пораненого –
переконайтеся, що він не тримає гранати чи інші небезпечні речі.

Після того, як ви виявили пораненого, повідомте про ситуацію командира
підрозділу за першої ж нагоди

Визначення притомності

- (1) Після того, як ви наблизились до пораненого, запитайте гучним, але спокійним голосом: «З тобою все гаразд?». Легенько струсніть та похлопайте пораненого по плечу.
- (2) Якщо поранений притомний, запитайте у нього, в якому місці він відчуває біль або інші незвичні відчуття. Це допоможе виявити рівень свідомості постраждалого та надасть вам інформацію, яку можна буде використати під час надання йому допомоги.
- (3) Для виявлення рівня свідомості поставте пораненому питання, які вимагають більш розгорнутих відповідей, ніж «так» або «ні». Приклади таких питань: «Як тебе звати?», «Яке сьогодні число?» та «Де ми знаходимось?».
- (4) Якщо поранений не відповідає, перевірте його реакцію у відповідь на біль, для чого енергійно потріть грудну кістку (грудину) кісточками ваших пальців або міцно стисніть м'яз у складці між великим та вказівним пальцем пораненого.

Визначення притомності

Визначення рівня свідомості. Визначте рівень свідомості пораненого, використовуючи шкала AVPU.

Зміни в оцінці свідомості пораненого за шкалою AVPU можуть свідчити про зміни стану його здоров'я, особливо якщо постраждалий отримав поранення голови.

Перевіряйте в подальшому рівень свідомості пораненого приблизно кожні 15 хвилин, відмічаючи її відповідною буквою, де:

- **A (alert = притомний)** – поранений бодатний, знаходиться в ясній свідомості, знає хто він є, дату, де він, тощо.
- **V (verbal = словесний, вербальний)** – поранений не усвідомлює того, що відбувається, але все-таки відповідає на вербальні (голосові) команди.
- **P (pain = біль)** – поранений реагує на біль, але не на словесні накази.
- **U (unresponsive = непритомний)** – поранений непритомний, не реагує на накази та біль.

ЖОВТА ЗОНА

- **Оцініть стан пораненого застосовуючи правило С-А-В-С (Критична кровотеча – Дихальні шляхи – Дихання – Циркуляція) і надавайте пораненому необхідну допомогу.**
- **Огляньте пораненого на наявність незупинених та таких, що знову відкрились, небезпечних для життя сильних кровотеч. (С-а-в-с)**
- **Проведіть необхідні заходи для відновлення прохідності дихальних шляхів. (с—А-в-с)**
- **Виконати прийом «нахил голови назад — підйом підборіддя» або потрійний прийом (закинути голову, висунути нижню щелепу і відкрити рот).** М'язи язика пораненого, який перебуває у несвідомому стані можуть розслаблятися, приводячи до того, що його язик заблокує дихальні шляхи, оскільки западе всередину та перекриє просвіт трахеї (дихального горла). Використання прийому «нахил голови — підйом підборіддя» або «потрійного прийому» для того, щоб підняти язик із просвіту трахеї може призвести до відновлення самостійного дихання пораненого.
- **Перевірте дихання постраждалого, використовуючи методикку «дивіться-слухайте-відчувайте».** Прикладіть вухо до рота та носу постраждалого, таким чином, щоб ваше обличчя було направлене на його грудину, та одночасно підтримуючи голову постраждалого, використовуючи прийом «нахил голови — підйом підборіддя». **Дивіться**, як підіймається та опускається грудна клітка та живіт пораненого. **Слухайте** звуки його дихання. **Відчувайте** його дихання на вашому обличчі.

ЗЕЛЕНА ЗОНА

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

Розрізняють немедичну та медичну евакуацію.

- **1) Немедична евакуація потерпілого (CASEVAC)** відноситься до переміщення потерпілих з використанням немедичного транспортного засобу або літального апарату. Під час такої перебувати з потерпілим для надання йому допомоги під час транспортування може не лише медичний працівник
- **2) Медична евакуація (MEDEVAC)** відноситься до евакуації потерпілих з використанням спеціалізованого санітарного автомобіля або санітарного літака. На медичних транспортних засобах для евакуації (наземних і повітряних) присутній медичний персонал для надання потерпілим допомоги під час евакуації.
- В обох випадках допомога надається по протоколу **C-A-B-C!** (Критична кровотеча – Дихальні шляхи, Дихання – Циркуляція) в послідовності та по правилах описаних для другого етапу.
- Поранених слід оперативно переміщати на наступний рівень надання допомоги, інакше наявні цінні ресурси витратяться на підтримання пацієнтів, що перешкоджатиме іншим постраждалим отримати допомогу.

Порядок повного огляду пораненого:

- (1) Промацайте верх голови, стежачи за тим, чи є відхилення, кров і слухаючи, чи є крепітація.
- (2) Промацайте боки голови, стежачи за тим, чи є відхилення, кров і слухаючи, чи є крепітація.
- (3) Промацайте потилицю, стежачи за тим, чи є відхилення, кров і слухаючи, чи є крепітація, проте не піднімайте голову.
- (4) Промацайте шийний відділ хребта, від основи черепа до початку грудних хребців, промацуючи кожен хребець на наявність відхилень від норми чи кровотечі.
- (5) Загляньте у вуха, чи є там рідина – кров або спинномозкова рідина, покладіть шматок марлі під вухо/вуха, щоб зібрати рідину. Не намагайтеся зупинити її!

Порядок повного огляду пораненого:

- (6) Перевірте, чи є за вухами гематоми.
- (7) Тепер візьміть рукою лоб і зафіксуйте голову для наступних чотирьох кроків.
- (8) Фіксуючи голову, відкрийте очі і перевірте, чи зіниці однакового розміру, круглі і реагують на світло.
- (9) Тримаючи голову, візьміть ніс і порухайте його в боки, дивлячися, чи є відхилення.
- (10) Тримаючи голову, натисніть ребром іншої долоні на верхню щелепу під носом, перевірте, чи є відхилення

Порядок повного огляду пораненого:

- (11) Тримаючи голову, візьміть нижню щелепу та порухайте її повільно в боки, стежачи, чи є відхилення.
- **В цей момент ми можемо або накласти шийний комір або відпустити лоб, залежно від механізму ушкодження.*
- (12) Потім ми перевіряємо шию на наявність зміщення трахеї або набухання яремних вен.
- (13) Тепер складаєте руки чашечкою і заводите їх під плечі пацієнта, щоб перевірити, чи є там кров.
- (14) Потім покладіть долоні на плечі і натисніть в напрямку ніг, стежачи за відхиленнями.
- (15) Тепер поставте долоні на плечі по боках і стисніть до центру, стежачи за відхиленнями.
- (16) Тепер покладіть долоні на плечові суглоби і натисніть вниз, стежачи за відхиленнями.
- **Тепер вам потрібно розвести руки, щоб мати кращий доступ до ребер.*
- (17) Тепер покладіть долоні на ребра під пахви і стисніть їх до середини, стежачи за відхиленнями.
- (18) Тепер покладіть долоні на грудну клітку, пальці торкаються ключиць, натисніть вниз, стежачи за відхиленнями.
- (19) Тепер покладіть руки на боки нижче пахв і стисніть ребра до середини, стежачи за відхиленнями.
- (20) Тепер покладіть руки на передню частину грудної клітки під грудьми, натисніть вниз, стежте, чи є відхилення.

Порядок повного огляду пораненого:

- (21) Тепер покладіть руки на нижні ребра і стисніть їх до середини, стежачи, чи є відхилення.
- (22) Потім поставте одну долоню ребром в центр грудної клітки, на грудину і натисніть вниз, перевіряючи, чи є відхилення.
- (23) Тепер просуньте руки під поперек, так щоб кінці ваших пальців торкнулися, перевірте, чи є на руках кров.
- (24) Тепер намалюйте уявний хрест в центрі живота, промацайте кожен квадрат, склавши долоні одна на іншу, щоб створити рівномірний тиск. Усі чотири квадрати повинні бути однакові на дотик.
- (25) Тепер переходите до тазового пояса. Знайдіть виступаючі місця на кістках тазу і натисніть спершу до середини, потім зверху вниз. **РОБІТЬ ЦЕ ДУЖЕ ПОВІЛЬНО!** Якщо кістки почнуть зміщатися, ви зразу ж це відчуєте і мусите негайно зупинити тиск!
- (26) Далі промацайте по черзі руки і ноги, стежачи, чи є відхилення і кров.
- (27) Нарешті підніміть ближчу до вас руку, підніміть її за голову пацієнта, дальшу руку перекиньте через груди, схрестіть ноги пацієнта у щиколотках, візьміть пацієнта за плече та стегна і перекотіть його до себе, сперши на свої коліна.
- (28) У цьому положенні промацайте решту хребта від плечей до сідниць.
- (29) Врешті, промацайте усю площу спини та сідниць, дивлячись, чи там є кров. Після цього покладіть пацієнта на спину.

Ш О К

Ознаки та симптоми шоку включають наступне.

- (1) Волога, але холодна (липка) шкіра, блідий або сіруватий колір шкіри та/або покрита плямами або синюшна шкіра навколо роту.
- (2) Нудота
- (3) Збудженість у початковій фазі змінюється на пригніченість або втрату свідомості
- (4) Незвична спрага.
- (5) Прискорене дихання (спочатку може бути уповільнене).
- (6) Прискорений (>90 ударів в хвилину) та слабкий пульс
- (7) Знижений тиск (систоличний <100 мм рт.ст.) на зап'ясті ледь помітний або відсутній (при тиску <90 мм рт.ст.)

!!! Зміна психічного стану (при відсутності травми голови) і ослаблення або відсутність периферичного пульсу є кращими індикаторами шоку на полі бою.

ЛІКУВАННЯ ШОКУ

- Після встановлення в/в або внутрішньокісткового доступу розпочніть інфузійну терапію спрямовану на відновлення об'єму циркулюючої крові. Введіть 500 – 1000 мл фізіологічного розчину.
- Разом з розчином можна ввести антибіотик Цефтриаксон 1-2 г, в разі необхідності ненаркотичні і наркотичні анальгетики.
- Якщо у постраждалого розвивається важкий геморрагічний шок при відривах однієї або декількох кінцівок, проникаючих пораненнях тулуба і внутрішній кровотечі, при іншій важкій кровотечі введіть 1 г **транексамової кислоти** на 100 мл фіз. розчину або розчину Рінгера-лактату протягом 10 хвилин (правило 1-10-100) ще до початку інфузійної терапії.
- Введення **транексамової кислоти** повинно бути проведено не пізніше 3 годин після отримання травми.

МЕДИЧНЕ СОРТУВАННЯ

НЕВІДКЛАДНІ.

Для їх виявлення використовуємо правило С-А-В-С! (Критична кровотеча, проблеми з диханням, розлади циркуляції – шок). Для запобігання смерті чи суттєвої втрати працездатності ця група поранених вимагає допомоги від кількох хвилин до двох годин з моменту їх прибуття. Процедури для такої категорії повинні зосереджуватися на пацієнтах із високими шансами на виживання при невідкладному втручанні. Такі поранення включають:

- ○ — Критичну кровотечу з кінцівок.
 - Внутрішню кровотечу та інші не контрольовані кровотечі.
 - Обструкцію дихальних шляхів або потенційний ризик її виникнення.
- ○ — Напружений (клапанний) пневмоторакс.
- ○ — Поранення тулуба, шиї або тазу, що супроводжується шоком.
- ○ — Поранення голови, яке вимагає термінової декомпресії.
- ○ — Загрозу втрати кінцівки.
- ○ — Множинну ампутацію кінцівок.

МЕДИЧНЕ СОРТУВАННЯ

• ВІДКЛАДЕНІ.

До цієї групи входять ті, хто потребує хірургічного лікування, але чий загальний стан дозволяє відтермінувати лікування, як правило протягом не більше 6 годин, без надмірної загрози для життя, кінцівок чи зору. Таким пацієнтам потрібне підтримання життєвих функцій (напр., регідратація (введення рідини), стабілізація переломів, застосування антибіотиків, катетеризація сечового міхура, шлунку, знеболення). Поранення включають:

- ○ — Пошкодження торсу тупим предметом або проникаючі поранення без ознак шоку.
- ○ — Переломи.
- ○ — Пошкодження м'яких тканин без сильної кровотечі.
- ○ — Переломи кісток обличчя без непрохідності дихальних шляхів.
- ○ — Ушкодження очного яблука.
- ○ — Несмертельні опіки, що не становлять безпосередньої загрози життю (дихальним шляхам, респіраторній системі) або кінцівкам.

МЕДИЧНЕ СОРТУВАННЯ

- **МІНІМАЛЬНІ**

Ця група включає відносно незначні поранення (напр., незначні розриви, подряпини, переломи дрібних кісток або незначні опіки).

При цьому пацієнти цілком можуть ходити, про себе подбати чи обійтися мінімальною медичною допомогою.

Таких поранених можна залучати для допомоги при перевезенні чи навіть догляді за іншими пораненими.

МЕДИЧНЕ СОРТУВАННЯ

• ОЧІКУЮЧІ.

Це група поранених, які очікувано не можуть дістатися до допомоги вищого рівня живими та перевантажують медичні ресурси за рахунок лікування пацієнтів, яких можна врятувати. Пацієнтів в очікуванні не можна покидати, але їх потрібно відділити від інших поранених і періодично проводити повторний огляд. Такі постраждалі потребують персоналу, який може слідкувати за їхнім станом і забезпечити їм симптоматичне лікування. Це такі поранені:

- ○ — Що надходять без ознак життя чи показників життєво важливих функцій, незалежно від механізму травми.
- ○ — Наскрізне вогнепальне поранення в голову, що супроводжується комою.
- ○ — Відкрита травма таза з неконтрольованою кровотечею та шоком IV ступеню.
- ○ — Важкі опіки без задовільного шансу на виживання чи одужання.
- ○ — Ушкодження верхньої частини спинного мозку

Медична евакуація –

це сукупність заходів щодо транспортування поранених і хворих на етапи медичної евакуації з метою своєчасного і повного надання їм медичної допомоги і лікування. Крім того, медична евакуація забезпечує звільнення етапів медичної евакуації від поранених і хворих, створюючи умови для їх переміщення у відповідності з бойовою та медичною обстановкою.

Література

1. Воєнно-польова терапія / [Г. В. Осьодло та ін.] ; за ред. полковника мед. служби, д-ра мед. наук, проф. Г. В. Осьодло і генерал-майора мед. служби, д-ра мед. наук А. В. Верби ; М-во оборони України, Військ.-мед. департамент, Укр. військ.-мед. акад. - Київ : Чалчицька Н. В., 2017. – 618 с.
2. Військово-медична підготовка та медицина надзвичайних ситуацій» [Електронний текст] / П. М. Полушкін, С. А. Безбородько – Д.: ДНУ, 2018. – 216 с.
3. Військово-медична підготовка: підручник для студентів вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладів України I-IV рівнів акредитації / М. І. Бадюк [та ін.]; за ред. Бадюка М.І. ; Укр. військ.-мед. акад. МО України. - 2-ге вид., допов. - Київ : МП Леся , 2016. - 481 с.
4. Гут Т.М., Гут Р.П. Військово-медична підготовка. — К.: Медицина, 2010. — 303 с.
5. Медицина надзвичайних ситуацій: Навч. посібник/ за редакцією проф. В.С. Тарасюка. Київ. ВСВ «Медицина» 2010. – 526 с
6. Медичний захист військ [Текст] : навч. посіб. / [С. О. Гур'єв та ін.] ; Сум. держ. ун-т, Укр. наук.-практ. центр екстрен. мед. допомоги та медицини катастроф. - Суми : Сум. держ. ун-т, 2017. - 174 с.
7. Основи організації медичного забезпечення Повітряних Сил Збройних Сил України : навч. посіб. / М. І. Бадюк, С. С. Будяк, Т. А. Бібік [та ін.] ; Укр. військ.-мед. акад. МО України. - 2-ге вид., переробл. і допов. - Київ : Чалчинська Н.В., 2018. - 170 с.
8. Проблеми військової охорони здоров'я : зб. наук. пр. Укр. військ.-мед. акад. / Укр. військ.-мед. акад. ; редкол. : В. Л. Савицький [та ін.]. - Київ : УВМА, 2018. - Вип. 50. - 260 с.
9. Протоколи з надання екстреної медичної допомоги рівня розширеної підтримки життя (Advanced Life Support - ALS) [Текст] : навч. посіб. / [Роцін Г. Г. та ін.] ; за ред. заслуж. лікаря України, д-ра мед. наук, проф. Роціна Г. Г. . - Київ : Юстон, 2019. - 294 с.
10. Сучасні аспекти військової медицини : зб. наук. пр. / М-во оборони України, Нац. військ.-мед. клініч. центр "ГВКГ". - Київ : Людмила, 2018. - Вип. 25. - 454 с.