

**МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ**  
**Харківський національний університет внутрішніх справ**  
**Сумська філія**  
**Кафедра гуманітарних дисциплін**

## **ТЕКСТ ЛЕКЦІЇ**

**навчальної дисципліни «ДОМЕДИЧНА ПІДГОТОВКА»**  
**обов'язкових компонент**  
**освітньої програми першого (бакалаврського) рівня вищої освіти**

**262 Правоохоронна діяльність (правоохоронна діяльність)**

**за темою – «Тактика надання домедичної допомоги постраждалим у бою з використанням алгоритму MARCH»**

**Суми 2023**

**ЗАТВЕРДЖЕНО**

Науково-методичною радою  
Харківського національного  
університету внутрішніх справ  
Протокол від 30.08.2023 року № 7

**СХВАЛЕНО**

Вченою радою Сумської філії  
ХНУВС  
Протокол від 29.08.2023 року № 8

**ПОГОДЖЕНО**

Секцією Науково-методичної ради  
ХНУВС з гуманітарних та соціально-  
економічних дисциплін  
Протокол від 29.08.2023 року № 7

Розглянуто на засіданні кафедри гуманітарних дисциплін Сумської філії  
ХНУВС Протокол від 29.08.2023 року № 2

**Розробник:**

Доцент кафедри гуманітарних дисциплін Сумської філії Харківського  
національного університету внутрішніх справ, кандидат педагогічних наук,  
доцент **Тетяна БІЛОУС**

**Рецензенти:**

Завідувач кафедри внутрішньої медицини з центром респіраторної медицини  
Сумського державного університету, доктор медичних наук, професор  
**Людмила ПРИСТУПА**

Професор кафедри криміналістики, судової експертології та домедичної  
підготовки факультету №1 Харківського національного університету  
внутрішніх справ, доктор юридичних наук, професор **Руслан СТЕПАНЮК**

### **Тема №3. «Тактика надання домедичної допомоги постраждалим у бою з використанням алгоритму MARCH»**

#### **План лекції**

1. Правила поведінки на місці події.
  - а) власна безпека та доступ до постраждалого.
  - б) безпека постраждалого та інших осіб.
2. Техніка проведення огляду постраждалого:
  - а) надання психологічної підтримки постраждалим.
3. Перелік алгоритму MARCH при наданні допомоги в екстремальних ситуаціях, в бою.
4. Сучасні вимоги до проведення екстреної евакуації постраждалого.
  - а) положення постраждалого під час транспортування;
  - б) піднімання та переміщення постраждалого;
  - в) транспортування постраждалого;
  - г) методи піднімання постраждалого. Технічні засоби.

#### **Література**

1. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 № 2801-XII // Відомості Верховної Ради України офіційне видання від 26.01.1993. № 4, стаття 19 Редакція від 27.06.2020 р. відповідно до Закон України від 19.06.2020 р. №737-IX URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>
2. Наказ МОЗ України від 07.07.1998 № 187 «Про затвердження переліків лікарських засобів у медичних аптечках транспортних засобів» // Офіційний вісник України від 06.08.1998. № 29, стор. 153, стаття 1110, код акту 5727/1998. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0465-98#Text>
3. Наказ МОЗ України «Порядок надання домедичної допомоги постраждалим при раптовій зупинці серця» від 16.06.2014 № 398 // Офіційний вісник України від 01.08.2014. № 59, стор. 54, стаття 1621, код акту 73267/2014. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0750-14#n41>
4. Наказ МОЗ України «Порядок надання психологічної підтримки постраждалим при надзвичайній ситуації» від 16.06.2014 № 398 // Офіційний вісник України від 01.08.2014. № 59, стор. 54, стаття 1621, код акту 73267/2014. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0766-14#Text>
5. Наказ «Про затвердження нормативно-правових актів щодо захисту від зараження ВІЛ-інфекцією при виконанні професійних обов'язків» від 05.11.2013 №955. м. Київ. Зареєстровано в Міністерстві юстиції України/20 листопада 2013 р. за № 1978/24510. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1978-13#Text>
6. Домедична підготовка : навч. посіб. / [кол. авт.: В. В. Кікінчук, С. О. Книженко, Т. І. Савчук та ін.]; МВС України, Харків. нац. ун-т внутр. справ. Харків : ХНУВС, 2021. 176 с. ISBN 978-966-610-247-1. URL: <http://dspace.univd.edu.ua/xmlui/handle/123456789/10716>

7. Білоус Т. Л. Долікарська допомога: навч. посіб. / Т. Л. Білоус; МВС України, Сумс. філ. Харків. нац. ун-ту внутр. справ. Суми: видав.-вироб. підприємство «Мрія», 2020. 148 с. ISBN 978-966-473-273-1. URL: <http://dspace.univd.edu.ua/xmlui/handle/123456789/10680>

### Додаткова

1. Білоус Т.Л. Підвищення професійної діяльності у надзвичайних ситуаціях працівників органів внутрішніх справ України. Правова наука і державотворення в Україні в контексті правової інтеграції: Матеріалів XII Міжнародної науково-практичної конференції (24-25 травня 2019 р., м. Суми) / Сумська філія ХНУВС. Суми: Видавничий дім «Ельдорадо», 2019. С. 184–186.  
URL: [http://dspace.univd.edu.ua/xmlui/bitstream/handle/123456789/6618/Pravova%20nauka%20i%20derzhavotvorennia%20v%20Ukraini%20v%20konteksti%20pravovoi%20intehratsii\\_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://dspace.univd.edu.ua/xmlui/bitstream/handle/123456789/6618/Pravova%20nauka%20i%20derzhavotvorennia%20v%20Ukraini%20v%20konteksti%20pravovoi%20intehratsii_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

### Інформаційні ресурси в Інтернеті

1. URL: <http://leg.co.ua/.../instrukciya-schodo-nadannya-dolikarnyanoyi-dopomogi-poterpilim.html>
2. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/580-19#Text>

### 1. Правила поведінки на місці події

Під час надання домедичної допомоги на місці події працівник поліції має обов'язково дотримуватися певних правил поведінки, виконуючи відповідні алгоритми поетапно та якомога швидше.

Оцінюючи ситуацію, передусім слід *чітко визначити наявність/відсутність небезпеки* для рятівника. Якщо ситуація не становить небезпеки, слід здійснити евакуацію в безпечне місце та надати домедичну допомогу, викликати медиків чи транспортувати постраждалого до лікарні. Натомість наявність небезпеки вказує на неможливість роботи в небезпечній зоні без захисного спорядження та необхідність виклику фахівців, які спеціалізуються на знешкодженні цього виду небезпеки (наприклад саперів), що зробить зону умовно безпечною для надання домедичної допомоги.

Проаналізувати наявну ситуацію дає змогу постановка таких запитань:

- що саме сталося (дорожньо-транспортна пригода, потоплення, вибух, падіння тощо);
- чим небезпечні такі ситуації;
- чи є загроза для роботи команди рятівників;
- якою є кількість постраждалих;
- чи достатньо ресурсів у команди рятівників;
- чи потрібна допомога фахівця?

Іншим не менш важливим завданням рятівників є здійснення *постійного контакту в рятувальній групі та координації дій* зі службами «101», «103», «104» та «112».

Для оптимізації роботи в команді рятівників із більш ніж двох осіб варто розмежувати між ними обов'язки, серед яких основними є ролі координатора (старшого групи) та медичного керівника. *Координатор* відповідає за загальну навколишню обстановку, забезпечення взаємодії з іншими командами та службами, графік часу, заповнення документації. *Медичний керівник* керує роботою з надання домедичної допомоги постраждалому. Слід зважати на те, що найдосвідченіший член групи повинен управляти зазначеним процесом незалежно від його звання та спеціальності.

Під час надання домедичної допомоги постраждалому рятівник також може травмуватися, про що можуть просто не знати інші поліцейські (за цих умов постраждалого врятують, а власне рятівника можуть не знайти).

Неприпустимою є також ситуація, за якої поліцейські оперативно евакуювали постраждалого в безпечне місце, надали йому необхідну допомогу, але чекають півгодини на евакуаційний транспорт або швидку, яка запізнюється через затор із натовпу перехожих або через неправильно зазначену адресу.

Аргументацією виклику поліцейським працівників служби екстреної швидкої допомоги («103») є всі невідкладні стани людини або особисте прохання постраждалого чи його опікуна.

Викликаючи карету швидкої, слід обов'язково повідомити такі дані:

- власні особисті дані (посада, звання, ім'я);
- сутність події (механізм травми, наявні ушкодження або підозра на ушкодження, стан постраждалого);
- кількість постраждалих і короткий опис характеру ушкоджень кожного;
- місце події (адреса, додаткові орієнтири);
- вид наданої допомоги;
- механізм травми (такі дані можна навіть надавати «зі слів очевидців»).

Рятівникові обов'язково слід пам'ятати, що під час телефонної розмови *першим кладе трубку диспетчер швидкої допомоги*.

Варто заздалегідь скласти план дій на випадок масового травмування (відповідальні, функції та взаємодія, правила евакуації та надання допомоги, схеми зв'язку тощо). Надання домедичної допомоги слід здійснювати за чітким алгоритмом та якомога швидше.

### ***Власна безпека та доступ до постраждалого***

Дотримання правил особистої безпеки є пріоритетним завданням рятівника під час надання домедичної допомоги, зокрема з огляду на такі аспекти:

- фізичний (травми, поранення, отруєння, транспорт, електрика, газ, вода тощо);
- біологічний (гепатит, ВІЛ, туберкульоз) – усіх постраждалих слід вважати потенційно інфікованими на вірусні гепатити й ВІЛ;
- юридичний (нормативно-правова обґрунтованість дій рятівника, постійне інформування постраждалого та його оточення про ці дії, дотримання правил гендерної політики та повага до релігійних особливостей осіб).

Залежно від місця події виокремлюють три види надання домедичної допомоги постраждалим:

- допомога в умовах дії прямої загрози (червона зона – «гаряча»), що відповідає зоні надання допомоги постраждалим в умовах дії безпосередньої небезпеки (обстріл, задимлення автомобіля, вибух тощо);
- допомога в умовах дії непрямой загрози (жовта зона – «тепла»), котра відповідає зоні надання допомоги за межами дії безпосередньої загрози, але з ризиком її виникнення (узбіччя проїжджої частини, територія неподалік зони перестрілки чи надзвичайної ситуації);
- допомога за умови відсутності загрози та проведення евакуації або госпіталізації (зелена зона – «холодна»), що відповідає зоні безпечного місця, яке потенційно не може стати загрозливим (де можуть працювати медики).

### ***Безпека постраждалого та інших осіб***

Особа, яка надає домедичну допомогу, обов'язково має дотримуватися вимог щодо захисту прав постраждалих. Поліцейський має виявляти чесність, співчуття, повагу, дотримуватися правил гігієни, діяти впевнено, бути вмотивованим, комунікабельним і готовим до командної роботи.

Крім цього, особливо важливим є дотримання правил психологічної підтримки постраждалого та його оточення, передбачених Порядком надання психологічної підтримки постраждалим при надзвичайній ситуації, затвердженим наказом Міністерства охорони здоров'я України від 16 червня 2014 року № 398.

Слід заздалегідь ретельно підготувати засоби індивідуального захисту та евакуаційне спорядження. Якщо рятівник цього не зробив, то частина завдань залишиться нереалізованою або ж буде надто затратною щодо фізичних дій, а частина – становитиме небезпеку для рятівника (наприклад, якщо він забув медичні рукавички). У такому разі варто зважати на можливість заміни відсутнього спорядження підручними матеріалами.

Як *підручні засоби* надання першої медичної допомоги можна використовувати: для накладення пов'язок – чисте простирадло, сорочку, тканину (однотонного світлого кольору); для зупинки кровотечі – закрутку з хустки чи тканини; у разі переломів – фанеру, дошки, газети тощо.

Водночас обов'язково слід усунути небезпечні стани, які передусім призводять до смерті, та надалі діяти за відповідним алгоритмом, зокрема:

- за наявності кровотечі – зупинити її;
- забезпечити прохідність дихальних шляхів;
- здійснити комплекс реанімаційних дій (за відсутності ознак життя);
- відновити дихання в разі пневмотораксу;
- у межах проведення евакуації зафіксувати голову постраждалого, постійно підтримувати з ним голосовий контакт;
- якщо постраждалий непритомний і тактична ситуація не дає змоги розпочати надання домедичної допомоги, потрібно перевернути його на бік (надати йому стабільного положення);

- після оцінювання стану одного постраждалого слід невідкладно здійснити огляд наступного (під час зосередження на наданні допомоги лише одному постраждалому можуть загинути люди, які не дочекалися ваших дій).

## 2. Техніка проведення огляду постраждалого

Важливим аспектом проведення *первинного обстеження* та надання адекватної допомоги є впевненість рятувника в тому, що постраждалий не становить загрози для себе й оточуючих. Якщо в постраждалого з'являється будь-яка зміна психічного стану чи прояви неадекватної поведінки перед обстеженням і наданням допомоги його слід роззброїти та переконатись, що в нього немає предметів, які можуть становити загрозу (якщо це не було зроблено попередньо). Також рятувникові варто звертати увагу на предмети, які можуть бути вибухонебезпечними.

Водночас слід оцінити:

- місце події, зокрема щодо наявності загроз для рятувника;
- положення постраждалого;
- характер ушкоджень;
- наявність/відсутність у постраждалого критичної кровотечі.

Підходити до особи потрібно з боку голови, пам'ятаючи про особисту безпеку. Зброя в поліцейського має бути поза межами досяжності для постраждалого. *Головний принцип дій рятувника* – безпека рятувника є важливішою, ніж безпека постраждалого.

Рятувник передусім має перевірити, чи постраждалий притомний та чи реагує він на слова (усвідомлює їх чи ні). Це можна зробити за допомогою постановки таких простих запитань: «Що з вами трапилось?», «Вам потрібна допомога?».

Підходячи ближче до постраждалого, варто голосно перепитати, чи з ним усе гаразд, оцінюючи те, як він реагує на різкий голос. Також рекомендовано злегка потрусити людину за плече або постукати рукою об підлогу, оскільки рятувник може мати справу з глухим. Слід урахувувати також те, що вибухи біля обличчя можуть спровокувати в людини агресивну реакцію, тому рятувникові варто заздалегідь подбати про власну безпеку.

За відсутності реакції на голос рятувник має обрати зручну для відходу позицію (стоячи на одному коліні збоку від постраждалого за можливості блокування його найближчої руки). Після цього слід перевірити реакцію потерпілого на біль шляхом натискання між його першим та другим пальцями руки або стискання трапецієподібного м'яза спини. Іншою рукою поліцейський має забезпечувати блокування від можливої агресії. Відсутність у постраждалого реакції вказує на те, що він непритомний.

Якщо постраждалий притомний та адекватний (говорить), то вважають, що його дихальні шляхи відкриті. Натомість непритомного постраждалого слід покласти на спину, обережно відкрити рот та оглянути ротову порожнину щодо наявності сторонніх тіл, крові, слизу, блювотних мас. Якщо виявлено сторонні тіла – нахилити голову постраждалого вбік і вичистити вміст ротової порожнини за допомогою бинта чи тканини одягу, роблячи своїми пальцями

кругові рухи за чи проти годинникової стрілки. Для захисту пальців рятівника від укусів варто затиснути щоку постраждалого йому між зубами або вставити туди якусь тканину.

Для відкривання дихальних шляхів використовують *прийом Сафарі*, згідно з яким слід:

- закинути голову постраждалого назад;
- відкрити йому рот;
- вивести донизу нижню щелепу.

Ця маніпуляція закриває вхід до стравоходу постраждалого, піднімає корінь його язика та відкриває трахею, що дає йому можливість дихати, а рятівникові – визначити наявність/відсутність самостійного дихання в постраждалого.

У разі підозри на ушкодження шийного відділу хребта рухати головою постраждалого заборонено. На це вказує так зване правило шести «В»: «водій» (дорожньо-транспортна пригода), «вода» (пірнання), «висота» (падіння з висоти), «вибух», «вішальник», «враження струмом». У такому разі слід лише вивести донизу його нижню щелепу.

Наступним етапом первинного огляду є перевірка наявності дихання постраждалого за методикою «бачу, чую, відчуваю», який полягає в тому, щоб:

- *бачити* рухи своєї руки та грудної клітки постраждалого;
- *чути* дихання вухом;
- *відчувати* дихання щогою.

Для виконання цього завдання слід тримати одну руку на лобі постраждалого (щоб уникнути розпрямлення розігнутої шиї), а іншу – поставити на мечоподібний відросток грудної кістки (сонячне сплетіння) та нахилитися вухом до обличчя постраждалого. Ефективність дихання оцінюють протягом 10 с. Рекомендовано рахувати до 10-ти через слово «500» (500–1, 500–2, 500–3, 500–10), щоб не збитися з підрахунку кількості вдихів у постраждалого.

*Нормою дихання* непритомного вважають кількість *від двох до п'яти вдихів за 10 с.* Причому слід урахувувати, що нормальна частота дихання в дорослого становить 12–18 вдихів за хвилину, а в підлітка – 20–30. Залежно від отриманих даних можуть виникнути певні тактичні ситуації, що передбачають відповідний алгоритм дій:

– якщо було констатовано *один рух* грудної клітини, це потрібно вважати похибкою або неефективним диханням (слід вважати, що дихання відсутнє). Такий результат потребує повторної перевірки та передбачає здійснення серцево-легеневої реанімації (за тактичної можливості);

– у разі, якщо отриманий результат становить *від двох до п'яти вдихів* (ураховуючи вікові особливості), це вважають нормальним диханням, за якого здебільшого не йдеться про критичні для організму стани (кровотечі, пневмоторакс). За наявності декількох постраждалих надання допомоги цьому постраждалому не є пріоритетним. Зокрема, йому слід надати стабільного положення та спостерігати за динамікою;

– якщо результат перевірки дихання становить *понад п'ять вдихів за 10 с*, це вказує на наявність небезпечних для життя станів і свідчить про травму



грудної клітки й розвиток напруженого пневмотораксу або про внутрішню кровотечу. Цей варіант зобов'язує рятівника негайно розпочати повний вторинний огляд, намагаючись встановити ознаки пневмотораксу чи кровотечі, які не було виявлено одразу.

*Якщо постраждалий дихає нормально, для забезпечення в непритомній людини вільного дихання без додаткового залучення рятівника слід надати йому стабільного бічного положення (перевернути на бік). Для цього варто діяти згідно з алгоритмом:*

– «вільна каса» – підняти та рівно покласти на підлогу ближчу відносно рятівника руку постраждалого;

– «дзвінок другу» – іншу руку постраждалого покласти й притиснути до його вуха з боку піднятої руки;

– «потанцюємо» – зігнути протилежну від рятівника ногу постраждалого в коліні та, використовуючи його зігнуте коліно та плече як важелі, перевернути на бік обличчям до себе;

– поправити ступні ніг постраждалого, розставивши їх.

Рятівник обов'язково має викликати бригаду швидкої («103») та перевіряти кожні дві-три хвилини стан постраждалого. Останнього варто перемістити до теплового приміщення, а якщо такої можливості немає – накрити його термоковдрою (рятівник може використовувати спеціальні зігрівальні набори).

### ***Особливості надання домедичної допомоги постраждалим із психогенними реакціями***

Надзвичайна ситуація – це обстановка на окремій території чи суб'єкті господарювання на ній або водному об'єкті, що означена порушенням нормальних умов життєдіяльності населення, спричиненим катастрофою, аварією, пожежею, стихійним лихом, епідемією, епізоотією, епіфітотією, застосуванням засобів ураження або іншою небезпечною подією, та яка призвела (може призвести) до виникнення загрози життю або здоров'ю населення, значної кількості загиблих і постраждалих, завдання масштабних матеріальних збитків, а також до неможливості проживання населення на такій території чи об'єкті, провадження на ній господарської діяльності.

Характерними ознаками психологічних розладів у постраждалих від надзвичайних ситуацій та аварій є:

- утрата фізичної сили;
- безглуздий і хаотичний руховий неспокій;
- виснаженість та втрата відчуття реальності;
- емоційне відсторонення від оточення, рідних;
- почуття провини;
- ворожі дії відносно оточуючих.

Відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження порядків надання домедичної допомоги особам при невідкладних станах» від 16 червня 2014 року № 398, працівники Національної поліції в

межах надання психологічної підтримки постраждалим у разі виникнення надзвичайних ситуацій мають виконувати дії передбачені алгоритмом.

### 3.Перелік алгоритму MARCH при наданні допомоги в екстремальних ситуаціях, в бою.

Алгоритм MARCH в концепції TCCC (Tactical Combat Casualty Care) рекомендується застосовувати на другому етапі роботи - Tactical Field Care, іншими словами, у жовтій або зеленій зоні, коли Ви вже не перебуваєте під вогнем та можете сконцентруватися на наданні допомоги пораненому в повному обсязі. Алгоритм визначає пріоритети і порядок дій в наданні допомоги пораненому.

#### Алгоритм MARCH розшифровується як:


**M** (Massive bleeding) - Масивна кровотеча.

**A** (Airway Management) - Управління дихальними шляхами.

**R** (Respiration) - Дихання.

**C** (Circulation) - Циркуляція.

**H** (Head injury / Hypothermia / Hypovolemia) - Травма голови / Гіпотермія / Гіповолемія.

 <b>MARCH</b> <b>ASSESSMENT SEQUENCE</b>			
For More Information Visit the Panoplia.org Soft Skills and Tactics (SST) Course - Topic 03.03.03			
<b>M</b>	<b>MASSIVE HEMORRHAGE</b>	OBJECTIVE: Stop Blood Loss	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direct pressure</li> <li>• Pressure bandage(s) - Not over joints/breaks</li> <li>• Tourniquet(s) - High and tight</li> <li>• Wound packing - Hemostatic agent preferred</li> </ul>
<b>A</b>	<b>AIRWAY</b>	OBJECTIVE: Ensure Clear Airway	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Listen for breaths. See if chest rises and falls</li> <li>• Recovery position - Patient lying on side</li> <li>• Chin lift or jaw thrust if no head/neck injury</li> <li>• Check for obstructions - Heimlich Maneuver</li> </ul>
<b>R</b>	<b>RESPIRATIONS</b>	OBJECTIVE: Functional Breathing	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Check front and back for torso punctures</li> <li>• Treat with occlusive dressings (chest seals)</li> <li>• Monitor for Tension Pneumothorax (TP)</li> <li>• If TP confirmed, remove or burp chest seals</li> </ul>
<b>C</b>	<b>CIRCULATION</b>	OBJECTIVE: Continue Assessment	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perform full body blood sweep with your hands</li> <li>• Check distal pulse in limbs with no tourniquet</li> <li>• If weak pulses, elevate feet 12 inches</li> <li>• If no pulse, and no breathing, start CPR</li> </ul>
<b>H</b>	<b>HYPOTHERMIA</b>	OBJECTIVE: Prevent Body Heat Loss	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Body heat loss follows blood loss</li> <li>• Keep patient warm regardless of environment</li> <li>• Use heat-reflective or dry regular blankets</li> <li>• Insulate from cold ground or wet clothing</li> </ul>
Based on the Tactical Emergency Casualty Care (TECC) Tactical Field Care (TFC) Guidelines			

В першу чергу слід не забувати про інфекційну безпеку. Обов'язково надіти медичні рукавички на початковому етапі, якщо це не зроблено раніше!

Нагадуємо, що за протоколом TCCC в бойових умовах пораненому без свідомості і дихання допомога не надається - він визнається мертвим. Але якщо, все ж таки, є можливості і ресурси на його порятунок - слід зробити все, що можливо.

**М - масивна кровотеча**

Робота продовжується з того місця, на якому була закінчена робота в червоній зоні. Перевіряємо якість зупинки кровотечі: наскільки добре накладено турнікет, чи не потрібен другий, а може, навпаки, не потрібен навіть і перший. На цьому ж етапі варто замінити зупинку кровотечі за допомогою турнікета на зупинку за допомогою гемостатика, якщо він є у наявності, або, давлучої пов'язки.

Якщо в червоній зоні роботи з кровотечею не було - перевіряємо пораненого на наявність кровотеч. Ще раз ретельно оглядаємо потерпілого і шукаємо пропущені великі кровотечі в критичних місцях, таких як шия, пахви і пах.

Не забуваємо розмовляти з постраждалим протягом усього процесу, так можна оцінити рівень його свідомості. Більш того, його розмова з рятувальником означає, що він, по-перше, дихає, по-друге, якщо він говорить розумно, це означає, що його мозок отримує достатню кількість крові та кисню, а це добра ознака того, що він в даний момент не перебуває в стані шоку.

Якщо потерпілий знаходиться в сплутаній свідомості - не забуваємо роззброїти його і забрати або відключити його рацію.

#### **А - Управління дихальними шляхами**

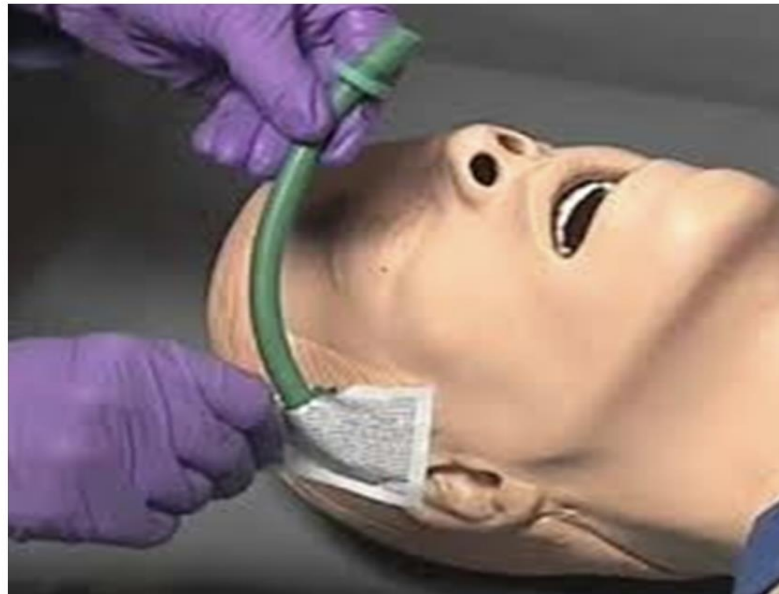
Якщо поранений не спілкується з рятувальником, то в цьому випадку необхідно перевірити дихання: закинути його голову, щоб відкрити дихальні шляхи, заглянути до рота, очистити його, якщо потрібно і перевірити дихання:

- Слухати дихання
- Дивитися, чи є підняття-опускання грудної клітки або області живота.



Перевіряти дихання слід протягом 5-10 секунд.

У разі, якщо потерпілий без свідомості і дихає, необхідно убезпечити його дихальні шляхи. Як правило, це досягається шляхом закидання голови і утримання підборіддя піднятим. В якості альтернативи можна використовувати бічне відновне положення або назофарингеальний повітровід.

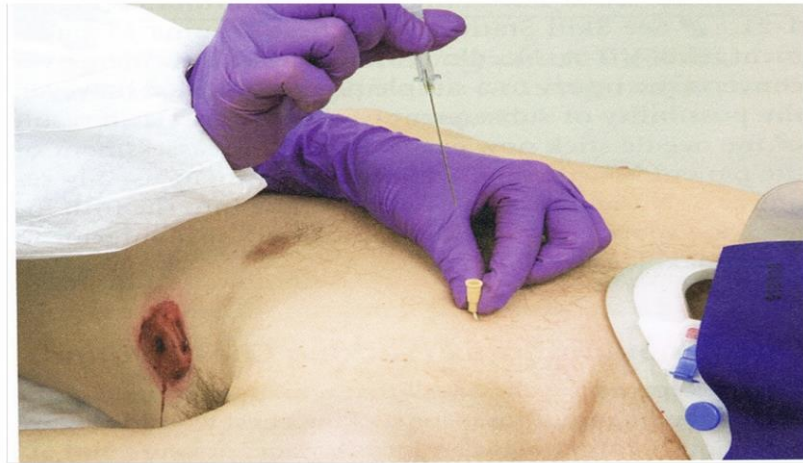


Якщо потерпілий прийшов до тями і намагається прийняти будь-яке інше положення тіла, при якому йому буде легше дихати слід дозволити йому це зробити. Наприклад, потерпілий з травмою обличчя і кровотечею з рота або носа може краще підтримувати своє дихання сидючи і нахиляючись вперед - не слід змушувати його лягти, оскільки це тільки викличе скупчення всієї крові і слини в його дихальних шляхах.

### **Р - Дихання**

Обнажаємо грудну клітку, і оглядаємо її на наявність ран. Накладаємо оклюзійну пов'язку на всі рани, які виявлені на грудях, пахвах і шії. Перевіряємо, чи немає переломів ключиці, грудини і ребер. Перевіряємо спину.

Слід бути готовим до наявності напруженого пневмотораксу, якщо у пораненого є пошкодження живота або грудей. В даному випадку слід розглянути можливість виконання декомпресії грудної клітини голкою в разі, якщо є рана грудної клітини (або навіть підозра на рану грудної клітини) та прогресуюче утруднення дихання.



### **С - Циркуляція**

Як і на початку алгоритму, життєво важливо знову перевірити виконаний раніше контроль кровотеч. Перевіряємо турнікети, при необхідності накладаємо додатковий, або замінюємо турнікет на давлючу пов'язку з гемостатиком.

Чистими руками проводимо перевірку на кровотечу з голови до ніг. Виконуючи це з закривавленими руками, можна отримати хибнопозитивний результат.

Якщо при перевірці на пальцях або долонях з'являється кров, то потрібно точно визначити місце рани, оголити його, оцінити і вжити необхідних заходів щодо зупинки кровотечі. Ніяких негайних дій не потрібно в тому випадку, якщо виявлена незначна венозна кровотеча.



З'ясовуємо, сильний у пораненого пульс або слабкий. Можливо, не вдасться знайти пульс на кінцівках - відсутність периферичного пульсу означає, що є небезпека розвитку шоку. Перше, що потрібно зробити в цьому випадку, це перевірити пульс на сонній артерії, щоб переконатися, що поранений все ще живий.





Потім оцінюємо периферичний кровообіг, оцінивши температуру шкіри і наявність поту.

Перевіряємо, чи немає перелому тазу, перш ніж перевернути пораненого на бік. Стабілізуємо передбачуваний перелом таза за допомогою шини.

Поки проводиться перевірка на переломи таза, також виконується пошук зламаних кісток в інших місцях (особливо грудина і стегнова кістки).

Готуємо все необхідне обладнання, включаючи додаткові оклюзійні пов'язки, бинти та ноші.

Пораненого повертають на бік і починають обробляти рани нижньої частини тіла і кінцівок.

Потім перевертають постраждалого на спину і оцінюють заново:

- Рівень свідомості
- Дихальні шляхи, дихання, кровообіг
- Якість вже виконаних маніпуляцій:
  - На місці чи і чи добре закріплений чи повітропровід?
  - Турнікет досить затягнутий?
  - Пов'язки добре тримаються?
  - Оклюзійні пов'язки не відклеїлися?

Заповнюють картку потерпілого, використовуючи водостійкий маркер, на картці відмічають час накладення турнікета, відзначають також, якщо зняли турнікет і замінили його пов'язкою.

### **Н - Травма голови / Гіпотермія / Гіповолемія**

Підтримка температури тіла потерпілого надзвичайно важлива, щоб не настало переохолодження.

Перше, що потрібно зробити, це зняти з пораненого мокрий одяг і одягнути його в сухий.

Покласти його на підстилку і загорнути в теплову ковдру. Якщо немає теплової ковдри, імпровізують з тим, що вдалося дістати.



Далі потрібно перев'язати травми голови, які здаються незначними. У серйозних випадках, наприклад, пов'язаних з черепно-мозковою травмою, краще не дозволяти потерпілому лягти і, якщо це можливо, дати йому кисень.

Лікування черепно-мозкової травми (ЧМТ) вимагає участі лікаря, тому слід доставити постраждалого до лікаря якомога швидше.

Ознаки ЧМТ включають в себе змінений психічний стан, розширені зіниці, жовту рідину, що витікає з носа або вух, деформацію голови і синці навколо очей, що робить пораненого схожим на єнота.



Слід розуміти життєві показники потерпілого і вміти оцінити, чи розвивається шок (гіповоле́мія).

Необхідно бути готовим почати внутрішньовенну інфузію, оскільки гіповоле́мія є результатом раптової втрати.

#### 4. Сучасні вимоги до евакуації постраждалого під час транспортування

##### 1. Піднімання та переміщення постраждалого

Під час вирішення питань, пов'язаних із переміщенням постраждалих, слід зважати на те, що існують два види евакуаційних робіт:

- евакуація з небезпечної зони в безпечну для надання домедичної допомоги;
- евакуація з безпечної зони до медичного закладу.

Найважливіше правило, яким керуються під час переміщення постраждалих, полягає в тому, що процес евакуації не має спричиняти додаткових ушкоджень, погіршення стану та збільшення кількості постраждалих унаслідок неправильної тактики й техніки дій рятувника.

Існує багато способів переміщення постраждалого. Застосовуючи кожен із них, слід урахувати: місцезнаходження, травму, зріст і вагу постраждалого, необхідну відстань, кількість осіб, які будуть здійснювати переміщення постраждалого, наявне обладнання та час для надання допомоги.

***Алгоритм дій рятувника під час проведення евакуації має бути таким:***

- оцінити ситуацію, спланувати подальші дії;
- забезпечити необхідну підтримку рятувальних служб;
- розрахувати час, необхідний для рятувальних дій;
- одягти захисне приладдя та підготувати евакуаційне спорядження;
- здійснити евакуацію.

#### *Транспортування постраждалого*

Задля переміщення постраждалого рекомендовано виконати такі дії:

- відкласти іммобілізацію (якщо це можливо) до прибуття допомоги;
- перед іммобілізацією виконати необхідні маніпуляції першої допомоги, за винятком випадків, небезпечних для рятувника та постраждалого;
- урахувати те, що над постраждалим не можна стояти;
- пояснювати постраждалому кожну дію, яку рятувник буде виконувати.

Розблокування постраждалих здійснюють у таких випадках:

- за наявності на місці події небезпеки від пожежі, вибуху, обвалення конструкцій, матеріалів та/або небезпечних речовин;
- коли рятувальні дії не можуть бути забезпечені в повному обсязі;
- якщо неможливо отримати доступ до інших жертв, які потребують невідкладної домедичної допомоги;
- коли постраждалий із зупинкою серця знаходиться в положенні, за якого немає змоги почати реанімацію.

У всіх випадках у разі наявності болю в шиї постраждалого слід передбачати можливість травмування спинного мозку. Ураховуючи правило шести «В» рятувник має завжди підозрювати травму шийного відділу в разі:

- дорожньо-транспортної пригоди;
- падіння з висоти;
- травми на воді (пірнання);



- електротравми;
- вибухової травми;
- повішення.

Маніпуляції з постраждалим за таких обставин можна здійснювати лише в разі існування реальної загрози для життя людини, нагальної потреби в проведенні серцево-легеневої реанімації та за неможливості викликати рятувальні служби. Перед цим необхідно зафіксувати шийний відділ хребта – накласти спеціальний штатний або саморобний ватно-марлевий шийний комір (за умов використання останнього шию огортають ватою та обережно бинтують).

Рятівник обов’язково має заспокоїти постраждалого, пояснивши йому власні дії. Імобілізацію шийного відділу хребта здійснюють спочатку шляхом ручної фіксації (тримати голову постраждалого, спираючись руками на землю чи сидіння автомобіля).

У положенні лежачи на спині постраждалого транспортують у разі гіповолемічного шоку, проникаючих поранень живота, переломів нижніх кінцівок та ушкоджень хребта; у положенні «жаби» – у разі переломів кісток таза та поранень органів черевної порожнини; у положенні лежачи на животі – у разі травми або опіків спини, травми сідниць і задньої поверхні нижніх кінцівок; у стабільному боковому положенні – якщо постраждалий непритомний, перебуває в коматозному стані, у разі отруєння, інсульту й епілептичних нападів, блювання внаслідок черепно-мозкової травми; у напівсидячому положенні в поєднанні з положенням «жаби» – за умов поранення шиї, утрудненого дихання, перелому верхніх кінцівок, у разі поранень органів грудної клітки, підозри на шок або інфаркт.

*Алгоритм деблокування постраждалого з автомобіля є таким:*

- вимкнути двигун (якщо він працює) та вийняти ключ із замка запалювання;
- перед звільненням особи від’єднати пасок безпеки та перевірити ноги постраждалого (їх може бути заблоковано педалями);
- завести власну руку під руку постраждалого, підтримуючи його голову іншою рукою;
- з іншого боку взятися за ремінь постраждалого, почати повільно витягувати особу з машини, постійно підтримуючи голову;
- перемістити постраждалого на землю (на небезпечну відстань від машини), підтримуючи повсякчас голову;
- передача постраждалого від аварії до карети швидкої допомоги або ліжка досягається за допомогою жорстких нош типу «лопата».

Якщо трапилася дорожньо-транспортна пригода з мотоциклетною травмою, досить часто постає питання щодо зняття захисного шолома з постраждалого. За цих умов рятівник може його зняти лише повністю упевнившись, що особа непритомна та в неї відсутнє дихання або її дихальні шляхи перекриті блювотними масами чи сторонніми предметами, тобто необхідним є термінове проведення серцево-легеневої реанімації.

Зняття шолома – досить відповідальна та небезпечна для постраждалого дія, що здатна ускладнити наявну травму хребта, що, відповідно, може призвести до паралічу або збільшення враження головного мозку. До зняття шолома необхідно залучити не менше двох осіб. Лише дотримуючись цього правила можна забезпечити стабільність шийного відділу хребта постраждалого. Передусім рятівники мають з'ясувати механізм зацібок шолома та підборідних ременів. Також слід чітко визначити, якого положення доцільно надати тілу постраждалого, щоб надалі мінімізувати рухи в ділянці хребта, особливо в шийному відділі.

Унаслідок нещасних випадків можливе тривале здавлювання частини тіла людини (зазвичай кінцівок) будь-яким предметом значної ваги – під уламками зруйнованих будівель, в обвалах шахт, у разі дорожньо-транспортних пригод тощо. Синдром тривалого роздавлювання – одне з найтяжчих травматичних ушкоджень організму.

Природно, що люди, котрі перебувають на місці події, передусім намагаються звільнити постраждалого від здавлювання, не підозрюючи, що таким чином лише ускладнюють його стан. Так, у здавлених частинах тіла порушується постачання киснем тканин, відбувається венозний застій, травмування нервових стовбурів і руйнування м'яких тканин із подальшим утворенням токсичних продуктів обміну. Після звільнення кінцівки від здавлювання речовини з пошкоджених м'язів надходять до кровоносної системи, призводячи до тяжких наслідків, найбільш небезпечним із яких є недостатність нирок.

Якщо постраждалий непритомний, але в нього наявне правильне дихання і невідомо, скільки часу минуло з моменту стискання, слід вважати, що минуло більш як 10 хв. У разі, коли необхідно терміново евакуювати постраждалого, але з моменту стискання минуло більш як 10 хв, перед тим як звільнити ушкоджену кінцівку, можна накласти джгут. Постраждалого слід терміново транспортувати до лікарні. Перед цим ушкоджену кінцівку необхідно іммобілізувати та вжити можливих протишокових заходів.