

Лекція 3.

Тема 3. Організація надання першої медичної допомоги пораненим на полі бою. Індивідуальні та групові засоби медичного захисту. Медичне оснащення санітара та санітарного інструктора роти.

Учбові питання:

1. Протоколи надання першої медичної допомоги пораненим на полі бою.
2. Надання першої медичної допомоги пораненим на полі бою (в тилу).
3. Медико-тактична характеристика індивідуальних засобів медичного оснащення.

1 питання

Усі світові протоколи надання догоспітальної допомоги постраждалим базуються на певному алгоритмі дій, який побудований на підтримці життєво-важливих функцій організму таких, як дихання та кровообіг. Це протокол А-В-С – Airways, Breathing, Circulation. Бойові дії вносять свої корективи до цього протоколу. До нього додається перш за все зупинка критичної кровотечі, від якої найчастіше гинуть на полі бою, та врахування того, що сам поранений і всі навколо перебувають під загрозою отримати поранення. Військова медицина відрізняється від цивільної типами травм або ран, зовнішніми умовами, можливістю надавати допомогу постраждалим та часом, який необхідний для евакуації постраждалих (інколи він набагато довший в умовах бою). Виходячи з цієї точки зору протоколів ТССС тактична медицина поділена на три рівня допомоги:

о Допомога під вогнем. Перш за все спрямована на те, щоб не допустити збільшення кількості поранених, та продиктована умовами бою, коли сам постраждалий і боєць-рятувальник знаходяться під вогнем противника. Залежить від невеликої кількості медичного обладнання, яке кожен воїн може взяти з собою.

о Тактична медична допомога. Починається, лише тоді, коли і постраждалий, і медик знаходяться в безпечній зоні. Так само обмежена кількістю обладнання, яке доступне медику або іншому військовому, який надає допомогу. Залежить від часу очікування евакуації: від декількох хвилин до багатьох годин.

о Допомога під час евакуації. Лікування проводиться під час евакуації. Найчастіше, але не завжди, на цьому етапі допомога може бути надана професійними медиками, які мають мінімально необхідний набір обладнання.

Ці стандарти використовують для навчання не тільки військові підрозділи. Вони також є обов'язковими для поліції та медичного персоналу ЕМТ.

Протоколи допомоги ТССС на відміну від цивільної медицини мають алгоритм MARCH (Massive Hemorrhage-Airways-Respiration-CirculationHypothermia), однак його зміст не відрізняється від загально визнаного С-А-В-С. Цей протокол є основою для медичного персоналу та для військових, які пройшли необхідну медичну підготовку. Він включає в себе такі дії, як внутрішньовенне або внутрішньокісткове вливання рідин, застосування антигемморагічних або гемостатичних лікарських речовин (таких як транексамова кислота), введення колоїдних розчинів, застосування знеболювальних лікарських речовин (таких як кетамін або морфін), застосування антибіотиків та використання медичного обладнання, яке недоступне для бійців. Важливо усвідомлювати, що боєць не є професійним медиком і його першочергове завдання – вести бій. Перш за все він є стрільком. Військові мають бути навчені перш за все вести вогонь у відповідь та забезпечувати порятунок життя в залежності від умов, які їм диктує бойова ситуація. Тому для бійців був створений курс першої невідкладної допомоги, що має назву CLS або курс бійця-рятувальника. Це адаптований курс для всіх військових спеціальностей, який базується на протоколах та рекомендаціях ТССС.

Перш за все він враховує те, що боєць не має медичних знань або навичок достатніх для проведення складних медичних процедур, він обмежений у кількості медичного обладнання доступного на полі бою, а час від моменту поранення бійця до передачі його професійному медичному персоналу так само може тривати від декількох хвилин до багатьох годин. Цей курс так само є міжнародно визнаним та вперше був запроваджений американською армією для тих, хто потребує допомоги в зоні вогню противника. Курс також поділений на три етапи надання невідкладної допомоги:

- о Допомога під вогнем. Враховує, що основні завдання воїна – вести бій та не допускати додаткових жертв, вести вогонь у відповідь та укриватися від ворожого вогню, зупиняти критичну кровотечу.

- о Тактична медична допомога. Курс базується на простих діях по забезпеченню життєво важливих функцій організму: зупинка критичної кровотечі, забезпечення прохідності дихальних шляхів, перевірка дихання та огляд грудної клітки, забезпечення рівномірного кровообігу та не включає в себе медичних дій, які потребують спеціальних навичок та знань. Він включає в себе як тактичні елементи, так і надання першої допомоги. Однак ця допомога базується на наявності того обладнання, яке буде доступне військовому в його аптечці IFAK.

- о Допомога під час евакуації. Включає запобігання гіпотермії, постійне спостереження за пораненим, документування та виклик допомоги. Окрім медичних навичок курс передбачає практичне відпрацювання тактичної

складової з наголосом на специфіку військового підрозділу, а також приділяє більше уваги допомозі під вогнем. Гасло тактичної медицини – правильні дії в правильний час! В умовах реальної військової агресії та захоплення території України Російською Федерацією проблема захисту Батьківщини стала, як ніколи актуальною. Вчасне надання першої і долікарської медичної допомоги зберігає життя поранених та хворих, а своєчасна евакуація з поля бою запобігає повторному ураженню або загибелі.

Тактична медицина – це надання медичної допомоги під час військових дій. Впровадження цього курсу для кожного бійця в західних арміях призвело до хороших результатів – кількість загиблих від поранень в армії США зараз є найнижчою за всю історію. Тактична медицина враховує той факт, що місце і обставини в яких надається допомога під час бойових дій, принципово відмінні від звичних лікарень, салону карети швидкої допомоги або, навіть, тротуару серед міста. Ранній початок лікарської допомоги є фактором, який значно покращує шанси на виживання та відновлення функцій у пораненого. Тому існує поняття «золотої години» – перша година після поранення, протягом якої повинно розпочатись надання кваліфікованої лікарської допомоги. Кожний борець будь-якої сучасної армії, крім майстерного володіння озброєнням, фізичної та тактичної підготовки, досконало володіє прийомами надання медичної допомоги в бойових умовах. Борець, який не володіє знаннями з тактичної медицини є небезпечним сам для себе та своїх товаришів. Основні принципи і етапи надання допомоги пораненим у бойових умовах. Надання домедичної допомоги на полі бою є основною запорукою врятування життя пораненому. Аналіз причин загибелі солдатів під час ведення бойових дій вказує на те, що значну їх частину можна було б врятувати при своєчасному та якісному наданні домедичної допомоги. Близько 90 % смертей в бою відбуваються до того, як поранені дістануться медичної установи. Більшість з них несумісні із життям (обширна травма, обширна травма голови тощо). Проте деякі стани, такі як кровотеча з рани на руці або нозі, напружений пневмоторакс і проблеми з дихальними шляхами можна усунути на полі бою. Така допомога і становить різницю між смертю солдата на полі бою і його одужанням у медичній установі. За умови вживання належних заходів самопомоги, взаємодопомоги і навичок бійцярятувальника смерті на полі бою можна зменшити на 15–18 %.

Було підраховано, що з усіх потенційно можливих причин смерті, до 90 % з них можна уникнути простим застосуванням джгута при кровотечі з кінцівок, швидкого лікування напруженого пневмотораксу і створення прохідності дихальних шляхів. Основними причинами смерті 80-90% поранених стали масивна крововтрата та шок. Пошкодження, 38 які виникають у сучасних збройних протистояннях, значно обмежують час надання домедичної допомоги на полі бою. Смерть настає від декількох десятків секунд до однієї

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

- а) безпосередньо в секторі обстрілу;
- б) в секторі укриття.

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

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

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

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

Перший етап. Надання допомоги «під вогнем» Перший етап – при наданні допомоги в «червоній зоні» рятувальник знаходиться під вогнем супротивника, що значно обмежує допомогу, яку він може надати. Допомога переважно складається з використання джгута і якнайшвидшого переміщення потерпілих у безпечне місце. В умовах бою бути бійцем-рятувальником – це вторинна місія. Основна функція – виконати первинну місію. Першим пріоритетом на полі бою є ведення вогню у відповідь і відбивання ворогів. Цілі під час надання допомоги пораненим в зоні обстрілу: 1. Виконати бойове завдання. 2. Запобігти більшій кількості. 3. Зберегти життя пораненого. Після завершення етапу надання медичної допомоги в умовах обстрілу надається медична допомога в «зоні укриття».

Другий етап – надання медичної допомоги у військово-польових умовах в жовтій зоні. Починати II етап надання медичної допомоги у військово-польових умовах після того, як рятувальник і поранений більше не знаходяться під прямим вогнем противника. На цьому етапі є більше часу для надання допомоги. 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. процедури при наданні медичної допомоги у військово-польових умовах: • Оцінити стан пораненого застосовуючи правило C-A-B-C (Критична кровотеча – Дихальні шляхи – Дихання – Циркуляція) і надати пораненому необхідну допомогу. • Оглянути пораненого на наявність небезпечних для життя кровотеч. • Зробити необхідні заходи для відновлення прохідності дихальних шляхів, включаючи введення носоглоткового повітроводу при

необхідності. • Обробити будь-які відкриті ушкодження грудної клітини. В разі напруженого пневмотораксу провести декомпресію. • Перевірити 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, перевірити кровотечу. • Оглянути пораненого на наявність незначних кровотеч. • Оглянути пораненого на предмет наявності будь-яких необроблених ран на кінцівках, які можуть бути небезпечні для життя, і обробити їх. • Продовжувати обробляти інші травми (накладення шин на переломи, перев'язка інших ран, опіків і т.д.). • Ввести знеболюючі та антибіотики з польової аптечки ІФАК. Використовуючи ІФАК пораненого. Не використовувати свою польову аптечку, так як вона може знадобитися особисто. • Вживати необхідних заходів для запобігання розвитку шокового стану або надати допомогу при шоку, що вже розвинувся. • Передати інформацію про медико-санітарну обстановку командиру підрозділу. При необхідності викликати військового парамедика (санітарного інструктора) з додатковими засобами. Повідомити командира підрозділу, якщо поранений не зможе продовжити виконання бойового завдання. • Слідкувати за пораненим. Слідкувати за рівнем свідомості кожні 15 хвилин і диханням пораненого. Якщо він у свідомості – розмовляти з ним при можливості – підбадьорити, заспокоїти. • В разі необхідності підготувати пораненого до евакуації. Записати дані клінічного огляду, відомості про виконані лікувальні заходи.

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 відноситься до переміщення потерпілих з використанням немедичного транспортного засобу або літального апарату. Під час такої евакуації рятувальник може перебувати з потерпілим для надання йому допомоги під час транспортування.

2. Медична евакуація 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 С-А-В-С. Поранених слід оперативно переміщати на наступний рівень надання допомоги, інакше наявні цінні ресурси витратяться на підтримання пацієнтів, що перешкоджатиме іншим постраждалим отримати допомогу. Загальне положення надання допомоги і переведення пораненого в безпечне положення на боці. Якщо поранений не може переміститися в безпечне місце сам і бойова

ситуація дозволяє надати йому допомогу, в такому випадку необхідно провести швидку оцінку стану потерпілого, зупинити кровотечу з ран на кінцівках, що загрожують життю пораненого і перейти разом з ним в безпечну зону. Для цього:

- Вербальний контакт.
- Підійти до пораненого, використовуючи самий безпечний шлях.
- Сформувати загальну картину стану пораненого. Застосувати правило С-А-В-С. (Критична кровотеча – Дихальні шляхи – Дихання – Циркуляція) – основна увага швидкому пошуку критичної кровотечі!
- Після того, як підійшли до пораненого, визначити наявність у нього свідомості: 1. Запитати гучним, але спокійним голосом: «Ти в порядку?». Акуратно струснути або поплескати пораненого по плечу. 2. Якщо поранений знаходиться в свідомості, запитати у нього, в якому місці він відчуває біль або інші незвичні відчуття. Це допоможе визначити рівень свідомості потерпілого і забезпечить інформацією, яку можна використовувати при наданні допомоги потерпілому. 3. Задати пораненому питання, щоб визначити рівень його свідомості. Задавати 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 – перевірити реагування на біль. Для цього потерти його грудну кістку (грудину) кісточками пальців або міцно стиснути м'яз у складці між великим та вказівним пальцем пораненого. Безпечне положення на боці дозволяє крові, слизу і блювотним масам витікати з рота пораненого, не перекриваючи дихальні шляхи. Воно також не дає язика запасти і перекрити доступ повітря. Повертати пораненого на бік можна в напрямку до себе і від себе. До себе повертати більш зручно і доцільно так як ви весь час контролюєте пораненого. Щоб покласти пораненого на бік в напрямку до себе:

1. 1. Витягнути ближчу до себе руку пораненого за голову. Витягнута рука утворюватиме вісь повороту та захищатиме шийний відділ хребта від поперечних рухів небезпечних при можливому переломі шийі.

2. 2. Зігнути іншу руку в лікті та завести тильну сторону долоні до ближчої до себе щоки пораненого.

3. 3. Зігнути дальню від себе ногу пораненого в коліні. Використовуючи зігнуті руку і ногу пораненого, як важіль, повернути його на себе. Таким чином можна без зусиль повернути будь-яку людину.

4. 4. Підтягнути зігнуту ногу трохи вище, поправити руки пораненого, надаючи йому зручне стійке положення. У секторі обстрілу слід в максимально стислий час надати тільки той мінімальний обсяг допомоги, який дозволить пораненому дожити до закінчення бою або забезпечить його життєздатність під час транспортування в укриття.

Вторинний огляд травмованого виконують за схемою «СABCDE», тобто «з усіх боків, з голови до п'ят», де: - D (disability or neurologist status) – визначення змін у неврологічному статусі внаслідок травми; - E (exposure (undress) with temperature control) – огляд роздягнутого постраждалого з контролем температури. Тобто рятівник оглядає потерпілого на наявність інших ушкоджень (гематоми, деформації кісток, хрускіт при надавлюванні і т.ін.). Своєчасно надана перша допомога – ще одне врятоване життя! Тканина, притиснута до рани, швидко просочиться кров'ю і стане герметичною для повітря. Притиснутий до рани палець, також припинить надходження повітря в ушкоджену вену, але з набагато меншим ефектом.

Правила надання першої медичної допомоги в зоні вогневого контакту .

Правило перше. У секторі обстрілу слід у максимально стислий час надати тільки той мінімальний обсяг допомоги, який дозволить пораненому дожити до закінчення бою або забезпечить його життєздатність під час транспортування в укриття. Якщо на пошкоджену стегнову артерію протягом 2-х хвилин не накладений джгут, то поранений обов'язково загине від непоправної втрати крові. Якщо на пошкоджені артерії плеча та передпліччя протягом 30-40 хвилин не накладений джгут, то поранений може загинути від непоправної втрати крові. Якщо поранений у стані коми протягом 5-6 хвилин не буде повернутий на живіт, то він може загинути від западання язика і потрапляння блювотних мас у дихальні шляхи.

Правило друге. У секторі обстрілу слід у максимально стислий час надати тільки той мінімальний обсяг допомоги, який дозволить пораненому дожити до закінчення бою або забезпечить його життєздатність під час транспортування в укриття. У тимчасовому укритті час надання першої медичної допомоги для підготовки пораненого до транспортування на наступний етап евакуації не повинно перевищувати 4-х хвилин. Тактика дій у секторі обстрілу, коли поранений не подає ознак життя. Якщо поранений не подає ознак життя: не кричить, не ворухиться і не реагує на навколишні подразники, то можна припустити тільки три варіанти його стану: Перший варіант стану пораненого – клінічна смерть. Побачити ознаки клінічної смерті можна тільки в укритті. Нанести прекардіальний удар і проводити серцево-легеневу реанімацію, можна тільки після звільнення пораненого від бронежилета. Дії: Повернути на живіт і залишити до закінчення бою або транспортувати в укриття в положенні «лежачи на животі».

Другий варіант стану пораненого – він живий. У пораненого немає свідомості, але є пульс на сонній артерії (кома). У положенні на спині він у будь-яку секунду може загинути: удавитися язиком або захлинутися блювотними масами. Пораненого в умовах бою може врятувати тільки поворот на живіт. Цей мінімальний обсяг допомоги можна виконати в секторі

обстрілу. Дії: Повернути на живіт і залишити до закінчення бою або транспортувати в укриття в положенні «лежачи на животі». Третій варіант стану пораненого – він мертвий. Будь-яка допомога втратила всякий сенс, але побачити ознаки біологічної смерті можна тільки в укритті. Дії: Повернути на живіт і залишити до закінчення бою або транспортувати в укриття в положенні «лежачи на животі». У секторі обстрілу не можна зняти шолом-маску, бронежилет, подивитися зіниці і промацати пульс на сонній артерії. Поворот на живіт і транспортування пораненого в положенні «лежачи на животі» дозволить зберегти життя в стані коми – найчастішої причини смерті на полі бою. Чому поранені в стані коми, що лежать на спині, часто гинуть у перші хвилини після втрати свідомості? Розвиток коми обов'язково супроводжується блювотою, пригніченням ковтального і кашльового рефлексів. Поранений, що лежить на спині, обов'язково захлинетися блювотними масами. Багатовікове солдатське повір'я: «Якщо убитий воїн впав на спину, то він швидше за все убитий», – на жаль, часто відповідає дійсності. Поранені в стані коми, що лежать на спині, часто гинуть протягом 5-10 хвилин. Чому поранені в стані коми, що лежать на животі, частіше виживають на полі бою? У пораненого, лежачого на животі, відбувається мимовільне очищення дихальних шляхів. У цьому випадку солдатська прикмета, яка стверджує, що убитий воїн, що впав обличчям вниз, швидше за все живий – часто має практичне підтвердження.

Поранені в стані коми повинні чекати надання кваліфікованої медичної допомоги або транспортуватися з поля бою в положенні «лежачи на животі».

Правила повороту пораненого на живіт з наступним залишенням його на місці до закінчення бою Правило перше. Завести руку пораненого за його голову. У стані коми або клінічної смерті не можна виявити ознаки пошкодження шийного відділу хребта. Тому поворот на живіт слід здійснювати з обов'язковою підстраховкою шийного відділу хребта. Заведена за голову рука підстраховує шию і відіграє роль осі, яка значно прискорює і полегшує поворот пораненого на живіт. Правило друге. Щільно притиснувшись до землі, захопити пораненого за далеке від себе плече і різко повернути його на живіт не піднімаючи свою голову і плечі вище голови пораненого. Час повороту пораненого на живіт не повинен перевищувати 5-ти секунд. Правило третє. Залишити пораненого в положенні «лежачи на животі» і продовжити вирішення бойового завдання, якщо немає можливості транспортувати його в безпечне місце. У пораненого в стані коми і, лежачого на животі, відбувається мимовільне очищення дихальних шляхів. За відсутності несумісних з життям ушкоджень, є реальний шанс дожити до закінчення бою.

Правила повороту пораненого на живіт для транспортування в укриття

Правило перше. Завести руку пораненого за його голову і захопити його за далеке від себе плече. У стані коми або клінічної смерті не можна виявити ознаки пошкодження шийного відділу хребта. Тому поворот на живіт слід здійснювати з обов'язковою підстраховкою шийного відділу хребта. Заведена за голову рука підстраховує шию і грає роль осі, що значно прискорює і полегшує поворот пораненого на живіт. Правило друге. Захопити пораненого за далеке від себе плече, щільно притиснутися до його тулуба і ногою захопити його гомілку. Захоплення за далеке від себе плече і захоплення гомілки своєю ногою дозволять максимально швидко і з мінімальними зусиллями перекотити пораненого на себе. Правило третє. Захопити своєю ногою гомілку пораненого і різко повернутися з ним на спину. Час повороту пораненого на живіт у положенні лежачи для подальшого транспортування в укриття не повинно перевищувати 5-ти секунд. В секторі обстрілу домедичну допомогу надають у вигляді само чи взаємодопомоги у відповідності до тактичної обстановки, в подальшому поранений транспортується в укриття, де ризик контакту із ворогом зведений до мінімального, а рятувальник і поранений знаходяться в безпеці.

Поранення в шию. Правила накладання джгута в секторі обстрілу

1. Притиснути пальцем рану на шиї через комір одягу або безпосередньо рану.
2. Підкласти під палець бинт, звільнений від упаковки.
3. Покласти руку пораненого на своє плече.
4. Накласти джгут через пахвову западину.
5. Не потрібно відзначати час накладання джгута. Такий джгут можна не знімати протягом декількох діб, на відміну від джгута, накладеного через підняту руку.

Повернути пораненого на живіт і залишити чекати закінчення бою або транспортувати його в укриття в положенні «лежачи на животі». Якщо у пораненого важка кровотеча з кінцівки, або кінцівку ампутовано, накласти турнікет (джгут) поверх одягу вище місця кровотечі. Кровотеча з кінцівок – головна причина смерті, якої можливо уникнути, тому невідкладне застосування турнікетів (джгутів) для зупинки кровотечі може бути вирішальним засобом у рятуванні життя на даному етапі.

- Якщо точно місце поранення кінцівки невідомо – не витрачати час – накласти джгут максимально високо на стегна або плечі пораненої кінцівки.
- Якщо у пораненого відірвана рука, передпліччя, стегно або нога, накласти джгут, навіть, якщо рана не сильно кровоточить.
- Не витрачати час, намагаючись використовувати інші методи для зупинки кровотечі, такі як накладення тиснутої пов'язки.
- 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, спробувати безпечно для себе повернути його на живіт, так як протягом 5-10 хвилин він може

задихнутися від западання язика або захлинутися рідинами. • Заспокоїти пораненого і переміститися разом з ним в безпечне місце, де буде змога надати медичну допомогу у жовтій зоні та зачекати на евакуацію до пункту збору поранених для продовження допомоги у жовтій зоні. • Якщо поранений непритомний, переміщувати пораненого, зброю та інші важливі речі його боєкомплекту в укриття, враховуючи умови бойової ситуації. • Не наражати себе і пацієнта на небезпеку, надаючи непотрібну в даний час допомогу!

2 питання

Евакуація уражених, або медична евакуація — це сукупність заходів, що включають збір і винесення (вивезення) поранених та хворих (уражених) з поля бою або осередків масових санітарних втрат на етапи медичної евакуації (до лікарняних закладів) з метою надання своєчасної і повної медичної допомоги та лікування. Евакуація є вимушеним заходом і негативно впливає на стан здоров'я поранених (уражених). Зведення, за можливості, до мінімуму витрат часу на транспортування поранених та хворих, використання для евакуації різних видів транспорту, включаючи санітарну авіацію, та проведення спеціальних медичних заходів потерпілим до початку та під час евакуації дозволяють здійснювати цей захід з найменшою шкодою для здоров'я евакуйованих. Розпочинається медична евакуація з поля бою або осередку масових санітарних втрат. Організують її командири, відповідно у своїх підрозділах (взвод, рота), вони ж виділяють сили і засоби для посилення штатних підрозділів медичної служби, які безпосередньо проводять розшук поранених та хворих, надають їм першу медичну допомогу та виносять або вивозять їх з поля бою до медичного пункту батальйону (МПБ). У сучасному бою більшість смертей настає протягом перших 30 хв після поранення. Швидка діагностика й оперативно почате лікування — запорука зниження бойових утрат у цілому і виживання поранених солдатів зокрема. У свою чергу, на терміни надання медичної допомоги впливає рівень організації розшуку, збору й вивезення (винесення) потерпілих з поля бою. Розшук поранених (уражених) — це комплекс організаційних заходів командування та медичної служби, що проводяться з метою виявлення всіх потерпілих при обстеженні поля бою або осередку масових санітарних втрат.

Санітарний інструктор роти відповідає за своєчасне виявлення хворих, надання першої медичної допомоги при нещасних випадках, проведення санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів в роті, медичну розвідку району її дислокації. Санітарний інструктор медичного пункту бере участь в амбулаторному та стаціонарному лікуванні хворих, роботі перев'язувальної, проведенні медичних обстежень; самостійно проводить медичні огляди військовослужбовців, під керівництвом лікаря здійснює медичний контроль за станом здоров'я, бойової та фізичної підготовки особового складу підрозділів,

а також осіб з хронічними захворюваннями. Під час чергування у медичному пункті він відповідає за внутрішній порядок, а при відсутності лікаря – за надання медичної допомоги, виконує його медичні призначення. Санітарний інструктор бере участь у проведенні занять з військово-медичної підготовки санітарів, здійснює пропаганду гігієнічних знань та здорового способу життя серед особового складу. У воєнний час санітарний інструктор бере безпосередню участь в організації та проведенні лікувально-евакуаційних заходів на полі бою (в осередку застосування ЗМУ), підтримуючи постійний зв'язок з командиром і помічником лікаря (фельдшером) батальйону: в розшуку поранених, своєчасному наданні їм першої медичної допомоги, евакуації на вищий рівень медичного забезпечення, поповнення запасів медичного майна санітарів. Санітарні інструктори мають спорядження сержанта, сумку медичну військову, санітарну носилкову лямку та нарукавний знак Червоного Хреста. Крім того, санітарні інструктори повинні володіти навичками завантаження (вивантаження) поранених і хворих на транспортні засоби; вміти розгортати палатки, використовувати табельні та підручні засоби для обладнання функціональних підрозділів медичних пунктів та лікувальних закладів.

3 питання

Оснащення санітарного інструктора роти:

- сумка медична військова (СМБ);
- лямка медична носильна — 2 шт.;
- лямка медична спеціальна (Ш-4) — по 1 на 2 штатні одиниці техніки на колісному чи гусеничному ході;
 - нарукавний знак Червоного Хреста;
 - ключ для відкриття люків танків і бойових машин піхоти (БМП);
 - кишеньковий електричний ліхтар;
 - наручний годинник;
 - знаки для позначення “гнізд” поранених.

Як і весь особовий склад роти, санітарний інструктор і стрільці-санітари оснащені особистою зброєю (вона може використовуватися медичним складом тільки у випадках, регламентованих відповідними Женевськими конвенціями), протигазами, загальновійськовими захисними комплектами, малими саперними лопатами, аптечкою індивідуальною, індивідуальними перев'язувальними і протихімічним пакетами, засобами для знезараження води.

Пакет перев'язувальний індивідуальний (ППІ) — засіб надання першої медичної допомоги при пораненнях і опіках. У бойовій обстановці ППІ є на спорядженні кожного військовослужбовця. У воєнний і мирний час запас ППІ потрібно мати в санітарних сумках, на постах та пунктах медичної допомоги. Вміст ППІ стерильно, складається з бинта (10 см × 5 м) і двох ватно-марлевих

компресів-подушечок розміром одна 18 см × 16 см, яка пришита до бинту біля його вільного кінця, іншу можна пересувати вздовж бинта, має розміри 16 см × 16 см. Бинт компактно складений і загорнутий в пергаментний папір, в складку якої зовні вкладена безпечна шпилька. Згорток укладений у зовнішню оболонку з прогумованої тканини (яка може бути використана як оклюзійна наліпка), герметичну і непромокальну, стійко зберігає стерильність вмісту. На оболонці надрукована коротка інструкція і дата виготовлення ППП. Спосіб застосування: розірвати оболонку по надрізу кромки, отримати паперовий згорток, вийняти шпильку, розгорнути папір. Взяти лівою рукою вільний кінець бинта, правою — його скатку і розвести руки так, щоб подушечки розвернулися і розправилися, накласти їх іншою стороною на рану (або опік) одну на іншу (в два шари) або поруч (в один шар), якщо рана велика. В Україні існують ППП власного виробництва. Найпростіший з них запакований в паперову упаковку, 47 з ниткою для швидкого відкриття. В середині представляє собою марлевий бинт розміру, до якого пришита ватна подушка. Також існують варіанти з двома подушками, обидві з яких нерухомо вшиті. Також існують сучасні українські розробки, які доступні на ринку, як наприклад ПППК (Індивідуальний перев'язувальний пакет кровоспинний), що має аплікатор тиску як у "Ізраїльському" бандажі.

На сьогодні у спорядження формувальні входять протихімічні пакети ППП-8, ППП-9, ППП-10, ППП-11. Індивідуальний протихімічний пакет ППП-8 призначений для знезаражування ділянок тіла, одягу, спорядження, на які потрапили краплини рідини БОР. Він складається із скляного флакона з дегазуючим розчином і чотирьох ватно-марлевих тампонів, що знаходяться у герметичному пакеті. Дегазуючий розчин вступає в хімічну реакцію з БОР і знезаражує їх шляхом перетворення в нетоксичні або малотоксичні хімічні сполуки. Рідиною з ППП-8 можна обробити близько 500 см² одягу або відкритих ділянок тіла. При потрапленні краплино-рідинних БОР на відкриті ділянки шкіри та одягу необхідно змочити тампони рідиною з флакона і протерти ними закраплені ділянки тіла та частини одягу, що прилягають до відкритих ділянок шкіри. Під час обробки може з'явитися відчуття пекучості, але воно швидко проходить і не впливає на працездатність. Рідина флакона отруйна і небезпечна при потрапленні в очі. Використані тампони після обробки поверхонь, заражених БОР, не можна розкидати, їх збирають, спалюють або закопують в землю у відведених для цього місцях. При відсутності ППП, для обробки заражених ділянок тіла можна використовувати підручні засоби, що застосовуються в побуті: шампуні, мило, пральні порошки. Вказані засоби розчиняють у воді і отриманим розчином змивають БОР з заражених поверхонь. Замість тампонів можна використовувати папір, клоччя та інше.

Пакет перев'язувальний медичний (ппм)

ППМ застосовується для перев'язки ран, опіків і зупинки деяких видів кровотечі. Паке́т складається з бинта та двох ватно-марлевих подушечок, одна з яких пришта до кінця бинта, а друга може переміщуватися. Складені бинт та ватно-марлеві подушечки загорнуті в пергаментний папір і вкладені в герметичний чохол з прогумованої або іншої вогнестійкої тканини. В пакеті знаходяться шпилька, на чохлі вказані правила користування пакетом. Зовнішній чохол пакета, внутрішня поверхня якого стерильна, використовується для накладання стерильних пов'язок. Крім індивідуальних МЗ, використовуються також знеболюючі, радіозахисні та протибактеріальні препарати, медичні розчини для захисту від БОР (НХР) та перев'язувальні засоби.

Для знезараження індивідуальних та групових запасів води, особливо при дії окремих груп військовослужбовців у відриві від своїх підрозділів, використовують спеціальні таблетовані засоби. На постачанні медичної служби є таблетки пантоцид (1 таблетка розрахована на знезараження однієї фляги води). Час контакту повинен становити 1 годину. Засоби обробки води: о тканино-вугільний фільтр ТВФ -200; о військова фільтрувальна станція ВФС – 2,5; ВФС-10; о модернізована авто фільтрувальна станція – МАФС-3; о польова опріснювальна установка – ПОУ-4; о опріснювальна польова станція – ОПС-2; о реагенти: коагулянт – сульфат алюмінію, хлорид заліза, сульфат заліза; 15% розчин гіпохлориту натрію, хлорне вапно, дихлорізоціанурова кислота, натрієва сіль хлорізоціанурової кислоти, катіоніт – карбоферрогель, аніоніт – сульфовугілля. Склад аптечки медичної загальновійськової індивідуальної для оснащення військовослужбовців Збройних Сил України.

1. Засіб для зупинки кровотечі механічний 1 од. 2. Засіб для зупинки кровотечі хімічний 1 од. 3. Багатофункціональний перев'язувальний пакет (чи індивідуальний перев'язувальний пакет стерильний першої допомоги із прогумованою оболонкою – на перехідний період) 1 од. 4. Анальгетик у шприц-тюбіку (або автоінжекторі) 1 од. 5. Назофарингеальний повітровід 1 од. 6. Антибактеріальних засобів в таблетках що містить амоксицилін з клавулоновою кислотою 1 уп. 7. Механічний засіб для розрізання одягу та взуття 1 од. 8. Рукавички медичні оглядові 1 од. 9. Маркер синій 1 од. 10. Пластир армований 1 од. 11. Оклюзивна самоклеюча плівка 1 уп. 12. Футляр або сумка (з поясом кріпленням або на ремені)

1. Санітарна сумка. На оснащення військово-медичної служби є сумки санітара і сумки санінструктора. Сумка санітара містить медикаменти (настоянка йоду і нашатирний спирт в ампулах, кофеїн-бензоат натрію у таблетках), перев'язний матеріал (стерильні бинти, перев'язочні пакети, малі пов'язки, а також косинки і липкий пластир), інвентарні предмети (кровоспинні джгути, шпильки, ножиці, садовий ніж, блокнот, олівець). Сумка

санінструктора, крім того, містить вазелін в тубі, тераміцин і фталазол в таблетках, антидоти, стерильну вату, пінцет, термометр. Вміст санітарної сумки розраховане на надання допомоги 15 - 20 ураженим і хворим. У конкретних умовах Санітарна сумка комплектується згідно обстановці і її вміст може бути різноманітніше табельної. Санітарна сумка повинна бути портативною і місткою, не утрудняти рухів (переповзання, перенесення поранених тощо). Санітарна сумка зроблена з парусини, передня і задня стінки - жорсткі (вкладені тонкі листи фанери або картону), що надає їй потрібну форму і захищає вміст від пошкоджень. Бічні стінки м'які, що допускає зменшення об'єму при спорожненні. При необхідності на сумку натягується гумовий чохол. Закривається санітарна сумка широким напівжорстким перекидним клапаном, пришитим до задньої стінки зверху і фіксується на передній стінці застіркою. На задній стінці зовні є смужка - накладка з проймою для кріплення до поясу. Носять санітарну сумку на боці на брезентовому реміні, довжина якого регулюється за допомогою пряжки. Вага сумки 3-3,5 кг. Санітарні сумки поповнюються з запасів батальйонних і полкових медпунктів, медсанбату. Перенесення хворих на великі відстані значно полегшується застосуванням лямок, які зменшують навантаження на кисті рук. Носилкова лямка - це брезентовий ремінь довжиною 3,5 м, завширшки 6,5 см, який має на одному кінці міцну металеву пряжку для з'єднання з іншим кінцем. Для перенесення ношів з лямки роблять петлю у вигляді вісімки та підганяють її під зріст носильника. Довжина петлі повинна дорівнювати відстані витягнутих у боки рук. Петлю надягають на плечі так, щоби її перехрест був на спині, а петлі, що звисають з боків, - на рівні кистей, опущених рук. У ці петлі просовують ручки ношів. Носильник, що йде попереду, береться за ручки ношів попереду лямки, а що йде позаду - позаду лямок.

Окрім того, санітарний інструктор: організовує евакуацію поранених до медичного пункту батальйону (МПБ); вказує легкопораненим найбезпечніший шлях до місця стоянки санітарного транспорту — на пост санітарного транспорту або на МПБ. Для розшуку поранених на полі бою, окрім штатних санітарів, за розпорядженням командирів може призначатися особовий склад підрозділів. Для ретельного огляду місцевості, де могли залишитися невиявлені поранені, може використовуватися метод розшуку ланцюгом, коли санітари і призначений особовий склад стає в ланцюг з таким розрахунком, щоб відстань між людьми дозволяла підтримувати візуальний чи звуковий контакт, що дозволяє ретельно оглядати місцевість і при виявленні пораненого подавати умовний сигнал. Особливо уважно слід оглядати зруйновані оборонні споруди (окопи, бліндажі, землянки), вирви від снарядів, ділянки місцевості, покриті густою рослинністю (кущі, чагарники, висока трава та ін.). Позаду ланцюга просуваються санітарно-транспортні засоби, на які

завантажуються виявлені поранені. Переміщення пораненого в безпечну зону здійснюється з повним дотриманням принципу запобігання появі додаткових постраждалих. Розробка плану порятунку постраждалих в зоні обстрілу зазвичай передуює наданню допомоги, яка може бути потрібною. Рятувальник і поранений повинні знаходитися поза зоною обстрілу супротивника до надання комплексної допомоги. Якщо рятувальник знаходиться під обстрілом і тактична ситуація дозволяє, необхідно застосувати джгут для припинення кровотечі, яка є небезпечною для життя. Потім швидко переміститися разом з постраждалим в безпечне місце, де можна надати йому додаткову допомогу. Таке місце може бути під накриттям, усередині будівлі або де завгодно, де не ведеться обстріл.

Розробка плану переміщення постраждалого є комплексною завданням і вимагає вирішення певних проблемних питань. Сценарії евакуації можуть здійснюватися в різній місцевості і різноманітних умовах. Передусім, слід отримати відомості про супротивника. У плані треба врахувати тактичну ситуацію, вимоги місії і доступні війська та устаткування. Обов'язково треба дотримуватися нижченаведених принципів надання допомоги постраждалим у тактичних умовах: 1. Надання допомоги постраждалому. 2. Запобігання виникненню додаткових ушкоджень. 3. Завершення місії. Поранені, що знаходяться в умовах міста, переважно мають бути переміщені максимально швидко, на скільки це можливо, в кращі тактичні умови, до того, як їх ушкодження лікуватимуться. Особливу небезпеку в міських умовах становлять снайпери, у зв'язку з наявністю великої кількості місць, де можна сховатися. Відкриті території часто знаходяться під спостереженням ворога. Можна і треба використовувати сучасні пристрої для порятунку постраждалих та методи перешкоджання діям супротивника (включаючи дим, диверсії, спеціально виготовлені або підручні пристрої для евакуації поранених, наприклад, довгі лебідки з карабінами).

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

Відповідно до задач, які необхідно вирішити при наданні першої медичної допомоги в бойових умовах, сучасна тактична аптечка повинна містити (у відповідності з правилом С-А-В-С): С. Кровоспинні засоби: 1) Джгут для зупинки артеріальної кровотечі С.А.Т.— Combat Application Tourniquet (бажано мати 2 турнікети – один в аптечці, інший ззовні — на самій аптечці (див. попередній малюнок) або на амуніції, у однаковому місці, визначеному для всіх бійців підрозділу). Якщо американський чи китайський С.А.Т. турнікет відсутній — повинен бути 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 – The First Care Bandage ізраїльського

виробництва. 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. Ці засоби застосовуються для тампонування ран з кровотечею та утворення штучного тромбу при взаємодії хітозану з кров’ю.

А. Засіб забезпечення прохідності дихальних шляхів: 4) Назофарингеальний (носоглотковий) повітровід (The Pro-Breathe, Kendall Argyle та ін.) Важливий та ефективний засіб для відновлення прохідності дихальних шляхів при западанні язика та інших причинах.

В. Засоби для боротьби з порушеннями дихання: 5) Оклюзійний грудний пластир Ашермана — Asherman Chest Seal, Halo (або інший) Пластир застосовується для герметизації відкритих поранень грудної клітини (відкритому пневмотораксі). 6) Набір для декомпресії — Decompression Kit. (Спеціальна голка з катетером для декомпресії грудної клітки – ARS (Air Release System)). Декомпресійний набір застосовується для видалення повітря з плевральної порожнини грудної клітини (напруженому пневмотораксі). 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) (Наявність не обов’язкова, але вітається).

С. Засоби для зупинення менших кровотеч, підтримання кровообігу, боротьби з шоком та інші засоби: 8) Звичайні стерильні бінти та серветки або перев’язувальні пакети. 9) Термоковдра HRS або Blizzard Survival Blanket або інша; для боротьби з переохолодженням або перегріванням пораненого. 10) Внутрішньовенний катетер G18 (зелений) для катетеризації периферійних судин (при загрозі розвитку шокового стану (переломах, опіках, масивній кровотечі, отруєнні). 11) Трикутна хустка. Крім зупинки кровотечі хустка може застосовуватися як універсальна пов’язка на різні частини тіла, для фіксації кінцівок та ін. 12) Пластир бактерицидний. 13) Пластир котушковий. 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 (цефалексін, норфлуксацин або амоксицилін, або ін.) Знеболювальні таблетки та антибіотики (як правило 4-5 таблеток) входять до набору, який повинен вжити боєць при будь якому пораненні. Приклад набору: Діклофенак, 75 мг, 1 таб.; Парацетамол, 500 мг, 2

таб.; Цефалексін, 500 мг, 2 таб. – інші ліки – заспокійливі, протипроносні, очні краплі, гранули для очищення води, протизастудні та т.п. не є складовою аптечки ІФАК, але можуть міститися в ній з огляду на практичну зручність та бажано в окремому пакуванні.