**Заняття 38. Домедична допомога в умовах бойових дій**

**Навчальні питання.**

1. **Надання допомоги на полі бою.**
2. **Надання допомоги пораненому під час ведення бою.**

* + - 1. **Надання допомоги на полі бою**

 Ведення бойових дій створює постійний ризик ураження військових та населення сучасними видами зброї. За цих умов кожен з нас повинен мати сукупність знань і навичок, які допоможуть вижити після вогнепальних уражень.

 Військові конфлікти 80–90-х рр. ХХ ст. та стабільно висока смертність поранених на полі бою спонукали науковців США та Великої Британії провести спеціальні дослідження та розробити стандарти надання допомоги в умовах бойових дій, які б сприяли максимально можливому зниженню смертності серед поранених.

 Було встановлено, що до 90 % усіх поранених помирали або на полі бою, або на етапі транспортування до медичного закладу.

 Отже*, основна причина загибелі поранених — це низька ефективність надання домедичної допомоги на полі бою та низький рівень підготовки тих, хто її надає, — самих бійців, які рятують життя шляхом само- і взаємодопомоги.*

Було доведено, що всіх поранених на полі бою можна об’єднати в три категорії: а) поранені, які помруть, незалежно від надання медичної допомоги;

б) поранені, які будуть жити, незалежно від отримання медичної допомоги;

 в) поранені, які можуть померти, якщо не будуть вжиті негайні заходи домедичної

допомоги.

Оскільки майбутнє перших двох категорій поранених є очевидним, то основна увага науковців була зосереджена на третій категорії поранених. Вони зʼясували, що серед основних причин смерті третьої категорії поранених є: масивні кровотечі (91,0 %); непрохідність верхніх дихальних шляхів (7,9 %); напружений пневмоторакс\* — проникне поранення грудної клітки, унаслідок якого невпинно з кожним вдихом збільшується обʼєм повітря, що виключає легеню з процесу дихання і може призвести до зупинки серця (1,1 %).

 Як видно, переважна більшість смертей зумовлена масивною кровотечею. У її структурі 67,3 % складали кровотечі з магістральних судин грудної та черевної порожнин унаслідок проникних поранень. Їх на полі бою та під час евакуації до лікувальної установи зупинити практично неможливо. У 19,2 % випадків констатували вузлові кровотечі з кровоносних судин, розташованих у пахвинній ділянці, пахвовій ділянці та ділянці шиї. Зупинка такої кровотечі вимагає тугого тампонування рани з посиленням на неї тиску протягом кількох хвилин. У тактичних умовах зупинити таку кровотечу вкрай важко. Проте в 13,5 % поранені помирали від кровотечі з кінцівок, які можна було б зупинити шляхом своєчасного накладання джгута.

 Відомо, що в разі кровотечі з магістральних артерій кінцівок (стегнова, плечова) поранений гине протягом 2 хв (локалізація рани – ділянка плеча (пахвова ямка) або стегна (пахвинна ділянка)). Причина смерті — швидка втрата значної кількості крові, розвиток шоку.

 Під час кровотечі з судин шиї (сонна артерія, яремна вена) смерть настає теж до 2 хв (локалізація рани — ділянка шиї). Причини смерті — швидка втрата значної кількості крові, розвиток шоку, засмоктування повітря в крупні вени і закупорення ним судин.

 У разі зовнішньої артеріальної кровотечі з ран передпліччя, гомілки чи тулуба смерть може настати до однієї години. Її причина — швидка втрата значної кількості крові, шок.

 Унаслідок виникнення непрохідності верхніх дихальних шляхів через западання язика за умов втрати свідомості (травма голови, шок) у положенні на спині поранений гине протягом 5-ти хв. Причина смерті — зупинка серця внаслідок недостатнього надходження кисню.

 Через проникне поранення грудної клітки (відкритий або напружений пневмоторакс) смерть настає протягом однієї години (локалізація рани — ділянка грудної клітки). Причини смерті — виключення легеніз боку поранення з акту дихання, втрата значної кількості крові. У разі напруженого пневмотораксу смерть настає значно швидше.

 На основі цих знань був зроблений висновок про те, що *багатьох поранених, які загинули на полі бою, можна було б врятувати шляхом своєчасного застосування найпростіших прийомів домедичної допомоги:*

* зупинити кровотечу;
* зменшити наслідки пневмотораксу;
* відновити прохідність дихальних шляхів.

*Смерті, яких можна було б уникнути в умовах бойових дій шляхом надання домедичної допомоги, називають* ***превентивними****.* Частка поранених, яких можна було б врятувати в такий спосіб, становить 15–27 %.

Однак на війні основним є виконання місії (бойового завдання). Тому обсяги і характер домедичної допомоги пораненим цілком залежить від тактичної обстановки. За одних умов пораненому домедичну допомогу надає інший боєць відразу. За інших умов — під інтенсивним вогнем супротивника — поранений тривалий час може бути ізольованим і допомогти зможе собі лише сам.

Отже, результатом дослідження у 1996 році стали настанови щодо домедичної допомоги «Тактична допомога пораненим в умовах бойових дій» (англ. Tactical Combat Casualty Care, ТССС), які були спрямовані на своєчасний порятунок поранених, загибелі яких можна запобігти. Настанови щорічно переглядає комітет військових лікарів та парамедиків із залученням військових різних спеціальностей та різних родів військ. Зараз подібними стандартами користуються більшість армій НАТО. Так виникла сукупність настанов, які обʼєднує поняття «тактична медицина».

Мета тактичної медицини передбачає:

1. виконання бойового завдання;
2. запобігання більшій кількості жертв (дбати про безпеку як власну, так й інших бійців); 3) збереження життя пораненого.

Пріоритет кожного із завдань залежить від етапу надання пораненому домедичної допомоги. Під час бойових дій виділяють 3 етапи (зони) надання домедичної допомоги:

* під вогнем (червона зона) — (СUF, Care Under Fire);
* в тактичнах умовах — секторі укриття (жовта зона) — (TFC, Tactical Field Care;
* під час тактичної евакуації (зелена зона) — (TFC, Tactical Evacuation Care).

 У **червоній** зоні й поранений боєць, і боєць, який може надати домедичну допомогу, перебувають під прямим вогнем противника. Є загроза їхньої загибелі. Ці обставини зумовлюють потребу першочергового виконання бойового завдання й насамперед подавити вогонь супротивника. Якщо є змога з мінімальним ризиком для власного життя надати домедичну допомогу пораненому, то, за вказівкою командира, у цій зоні можна усунути лише найзагрозливіші для життя стани — зупинити критичну кровотечу з кінцівок шляхом накладання джгута та швидко евакуювати в безпечну зону. Якщо швидка евакуація неможлива, варто забезпечити прохідність дихальних шляхів пораненого, перевернувши, за потреби, його в стабільне положення на боці або на животі

У **червоній** зоні й поранений боєць, і боєць, який може надати домедичну допомогу, перебувають під прямим вогнем супротивника, що створює безпосередню загрозу для їх життя і значно обмежує можливості надання домедичної

допомоги. За цих умов на перший план виступає пригнічення вогневої активності супротивника. Це насамперед мінімізує вірогідність поранення та загибелі бійців підрозділу, який веде бій, і створює безпечні умови для надання домедичної допомоги пораненому. Останнє може виявитися більш істотним для виживання пораненого.

*Отже,* завдання *бійців підрозділу під час надання домедичної допомоги в порядку взаємодопомоги на етапі під вогнем — подолати вогонь супротивника.*

Коли раптово розпочався бій, здоровий солдат завжди падає головою вперед, відповзає вбік і, як правило, шукає укриття, відкриває вогонь у відповідь. Водночас поранений падає в невизначеному положенні (інколи навзнак), кидає зброю, не відповзає і не перебігає. Ці спостереження дають змогу запідозрити появу пораненого. Однак надавати йому домедичну допомогу можна в тому разі, якщо це не становить ризику для виконання бойового завдання.

У реальних умовах з моменту початку обстрілу надання домедичної допомоги на полі бою припиняється або вкрай обмежене.

* + - 1. **Надання допомоги пораненому під час ведення бою.**

*Дії бійця щодо пораненого в умовах Дії бійця щодо пораненого в умовах обстрілу противником:*

1. Якщо внаслідок обстрілу поранено бійця, інші бійці, які можуть прийти на допомогу, повинні переміститися в укриття і відкрити вогонь у відповідь.

*У жодному разі не можна наближатися до пораненого на відкритій місцевості під вогнем супротивника.*

1. За можливості, необхідно встановити голосовий та/або візуальний контакт з пораненим, дізнатися про місце поранення та можливість пересування.

Якщо поранений не має масивної кровотечі і може пересуватися, голосно наказати переміститися в укриття і вести вогонь у відповідь. Якщо поранений має ознаки масивної кровотечі з кінцівки і не може пересуватися, голосно наказати накласти самостійно собі джгут і не ворушитися («прикинутися загиблим»). Якщо поранений має ознаки масивної кровотечі з кінцівки і може пересуватися, голосно наказати переміститися в укриття, накласти собі джгут і, за можливості, продовжувати вести бойові дії.

В усіх зазначених ситуаціях для підтримки дій пораненого його необхідно прикрити вогнем у відповідь, щоб захистити від нових ушкоджень.

1. Усі відомості про пораненого, з яким вступили у контакт (місце поранення, наявність масивної кровотечі, можливість пересуватися), а також інформація про пораненого, з яким немає контакту, необхідно передати командиру підрозділу і спільно з ним обговорити план рятувальних дій.

*Рятувальна операція не має призвести до збільшення кількості жертв: це загрожує боєздатності, зменшує шанси виконання бойового завдання й виживання пораненого.*

Якщо під час голосового й візуального контактів поранений не подає ознак життя (не рухається, не говорить, не плаче, не стогне, не рухає кінцівками), до закінчення вогневого контакту йому допомога не надається.

1. Наближення до пораненого, у тому числі для витягання його з транспорту чи будівлі, які горять, гасіння одягу та переміщення в укриття, дозволено лише за наказом командира.

*Рішення щодо наближення до пораненого в ситуації прямого вогневого контакту з противником приймають на основі:*

* можливості мінімізувати для себе ризик шляхом огляду території на наявність потенційних небезпек: вогневі точки противника, вибухові пристрої, стійкість конструкцій будівель тощо;
* наявності оптимального шляху доступу до пораненого і маршруту евакуації з урахуванням рельєфу місцевості, дерев, будівель та інших природних та штучних укриттів, які знизять ризик бути поміченим супротивником та захистять від обстрілу.

Попередньо складають план маршруту до пораненого та наступної евакуації до того, як увійти в зону вогневого впливу супротивника. За командою забезпечують вогневе прикриття та задимлення території з метою успішного наближення до пораненого та його евакуації в укриття.

*Після наближення до пораненого:*

**а)** необхідно дбати про власну безпеку, підповзати до пораненого з протилежного від супротивника боку, не підіймати свою голову вище тіла пораненого, який лежить на землі;

**б)** не можна знімати з пораненого засоби захисту (шолом, бронежилет), оскільки це створює додатковий ризик бути ураженим вогнем супротивника;

**в)** зʼясувати, чи поранений притомний: запитати гучним, але спокійним голосом: «Ти в порядку? Де болить?» Акуратно струсити або поплескати пораненого по плечу. Якщо поранений реагує, то він притомний і підкаже місце ураження, що згодом можна використати, надаючи допомогу;

**г)** якщо масивна кровотеча з кінцівок або кінцівку ампутовано (незалежно, чи кровотеча продовжується, чи ні), негайно слід накласти джгут, узятий у пораненого, максимально високо на руці або нозі.

Не можна витрачати час, намагаючись використовувати інші методи для зупинки кровотечі, такі як тампонування рани чи накладання компресійної пов’язки. Як тільки пораненого евакуюють у безпечне місце, за необхідності, можна буде застосувати інші методи зупинки кровотечі.

На цій стадії рекомендації ТССС (Tactical Combat Casualty Care) радять не приділяти увагу забезпеченню прохідності дихальних шляхів, оскільки головне завдання полягає в швидкому переміщенні пораненого в укриття.

Якщо тактична обстановка дозволяє швидке переміщення непритомного пораненого в укриття, слід повернути його на живіт, оскільки протягом 5–10 хв він може задихнутися від западання язика та/або захлинутися блювотними масами. **ґ)** за командою перемістити пораненого в укриття (жовту зону).

Якщо поранений непритомний, його евакуюють в укриття, за можливості, узявши зброю і боєкомплект пораненого. Якщо поранений притомний, його слід негайно роззброїти, заспокоїти і разом з ним, його зброєю і боєкомплектом переміститися в жовту зону. Під час переміщення треба намагатися не допустити повторного ураження пораненого.

*Якщо тактична обстановка змінюється, не потрібно наражати себе і пораненого на небезпеку, надаючи допомогу! Транспортувати пораненого із сектора обстрілу слід тільки в тому разі, коли дозволяє тактична ситуація.*

Отже, у червоній зоні під вогнем противника обсяг домедичної допомоги обмежений. Вона переважно передбачає дві основні дії: використання джгута для зупинки кровотечі з ран кінцівок; якнайшвидше переміщення пораненого в безпечне місце.

В окремих випадках поранених виймають з палаючих транспортних засобів, з-під завалів, гасять палаючий одяг.

*Слід памʼятати, що під вогнем зупиняють тільки загрозливу для життя кровотечу.*

Рекомендації з тактичної допомоги пораненим в умовах бойових дій для всіх військовослужбовців (ТССС) від 28. 08. 2017 виокремлюють такий **план дій для етапу «Допомога під вогнем»**:

1. Відкрийте вогонь у відповідь та знайдіть укриття.
2. Накажіть пораненому продовжити (або очікуйте від нього) виконання бойового завдання, якщо це можливо.
3. Накажіть пораненому рухатись в укриття і надати собі допомогу, якщо це можливо.
4. Намагайтесь уникнути значних додаткових травм у пораненого.
5. Витягніть пораненого з автомобіля чи будівлі, які горять, та перемістіть у відносно безпечне місце. Після цього зробіть усе можливе, щоб припинити горіння на пораненому.