



Навчальний курс ООН з надання першої медичної  
допомоги товаришу (UNBFAC)

# Посібник

Перше видання 2018 року





## ПЕРЕДМОВА

Оперативна обстановка, з якою стикаються миротворці Організації Об'єднаних Націй, стає дедалі складнішою та нестабільною. Виконуючи свої обов'язки, миротворці піддаються ризикам, як-то ризику зловмисних дій, травмування, захворювання чи втрати життя. За таких умов важливість якнайшвидшого отримання ефективної медичної допомоги набуває критичного значення.

Організація Об'єднаних Націй прагне забезпечити персонал місії медичною допомогою відповідної високої якості, незалежно від країни, ситуації або середовища, в якому така допомога надається. Процес її надання починається з місця отримання травми або захворювання і, за необхідності, продовжується до моменту надання спеціалізованої хірургічної допомоги включно. Вихідною ланкою у цьому ланцюгу надання допомоги є перша медична допомога, від якої може залежати життя пораненої особи.

Під час розробки Навчального курсу Організації Об'єднаних Націй з надання першої медичної допомоги товаришу було переглянуто багато національних, міжнародних, цивільних і військових програм із надання першої медичної допомоги. Після цього інформацію, що в них містилася, було відібрано та адаптовано з врахуванням специфічних умов, в яких можуть опинитися поранені у рамках проведення миротворчих місій. Навчальним курсом із надання першої медичної допомоги товаришу встановлюються чіткі стандарти щодо навичок, які необхідно мати для надання такої допомоги.

Зважаючи на різноманітність мовних умов і умов забезпечення ресурсами різних місій та країн, цей курс було розроблено таким чином, щоб ви могли застосовувати свої перевірені навички надання першої медичної допомоги відповідно до національних особливостей навчального середовища та вибрати найоптимальніший варіант навчання для вашого підрозділу, контингенту або організації. Пройшовши цей курс, ви зобов'язалися надавати першу допомогу товаришу, а також застосовувати набуті знання та навички для надання оперативної допомоги пораненим, у тому числі доки не з'явиться можливість надати їм більш кваліфіковану медичну допомогу.

Оцінювання усіх набутих під час навчання професійних якостей здійснюється шляхом виконання практичних вправ, за результатами чого стає очевидною ваша здатність застосовувати засвоєні поняття та набори навичок, у тому числі залежно від різноманітних умов, в яких опинилися поранені.

Навчання за курсом відбувається за допомогою комплексу групових обговорень, тематичних досліджень, моделюючих заходів, візуальних засобів і практичних вправ згідно з моделлю навчальних цілей Блума. До кінця цього курсу ви зможете проаналізувати та оцінити поняття, процеси, процедури та принципи надання першої медичної допомоги, а також зможете, за необхідності, безпомилково застосовувати їх під час виконання відповідних функцій у рамках роботи в Організації Об'єднаних Націй.

## Довідкові матеріали щодо політики Організації Об'єднаних Націй

Як Навчальний курс Організації Об'єднаних Націй з надання першої медичної допомоги товаришу, так і цей Курс з підготовки інструкторів було розроблено та проведено відповідно до нормативної бази Організації Об'єднаних Націй у галузі навчання, зокрема:

- United Nations, Department of Peacekeeping Operations/Department of Field Support. *Policy. Operational Readiness Assurance and Performance Improvement* Ref. 2015.16
- United Nations, Department of Peacekeeping Operations/Department of Field Support. *Policy. Training for all United Nations Peacekeeping Personnel* Ref. 2010.20
- United Nations, Department of Peacekeeping Operations/Department of Field Support. *Standard Operating Procedure. Training of Trainers* Ref. 2009.24
- United Nations, Department of Peacekeeping Operations/Department of Field Support. *Guidelines. Design, Delivery and Evaluation of Training (Training Cycle)* Ref. 2014.3
- United Nations, Department of Peacekeeping Operations/Department of Policy Evaluation and Training. Integrated Training Service. Members States Support Team. *Standard Operating Procedures. Training of Trainers (DRAFT)* 2012

Посібник UNBFAC пройшов незалежну оцінку та схвалення з боку:

Фонд Коледжу з питань медицини в умовах віддалених районів і відкритого моря (College of Remote and Offshore Medicine Foundation)

PO Box 4

Birżebbuġa, BBG1522

MALTA

[www.corom.org](http://www.corom.org)



## ПОПРАВКИ

Кількість	Тема	Короткий опис	Дата набрання чинності

## ПОДЯКА

*Відділ управління охороною здоров'я, гігієни й охорони праці (DHMOH) Управління допоміжних операцій Департаменту підтримки операцій Секретаріату Організації Об'єднаних Націй хотів би висловити особливу подяку Постійному представництву Японії при Організації Об'єднаних Націй та Постійному представництву Ізраїлю при Організації Об'єднаних Націй за внесок у створення Навчального курсу Організації Об'єднаних Націй з надання першої медичної допомоги товаришу.*

Подяка також висловлюється команді проєкту BFAC:

д-ру Адарш ТІВАТІІ, доктору медичних наук,  
керівнику проєкту «Навчальний курс ООН з надання першої медичної допомоги товаришу»  
(UNBFAC);

старшому медичному працівнику,  
керівнику відділу клінічного управління, DHMOH;

д-ру Стефану ГЕББЕЛЬСУ, доктору медичних наук,  
медичному раднику, DHMOH;

пану Тренту О'БРАЄНУ, тактичному парамедику (сертифікований спеціаліст з тактичної медицини),  
медичному координатору (швидке розгортання),

Служба Організації Об'єднаних Націй з питань діяльності, пов'язаної з розмінуванням,  
Навчальний курс ООН з надання першої медичної допомоги товаришу – автор і технічний радник;

підполковнику авіації Ровені АЧЕР,  
співробітнику з підтримки проєкту,  
Сполучене Королівство;

майору авіації Клер БУКЕР,  
співробітнику з підтримки проєкту,  
Сполучене Королівство.

## ЗМІСТ

Адміністрування курсу	
Передмова	
Незалежна перевірка	III
Поправки	IV
Подяка	V
Вимоги до учасників курсу	1
Мета курсу	1
Критерії успішності учасників курсу	1
Оцінка	2
Порядок повторного тестування	2
Кваліфікація інструктора	2
Обов'язки інструктора	3
Підтримання навичок і переатестація	3
Ведення обліку	3
Забезпечення якості	3

Навчальний матеріал	
Цілі навчання	4
Модуль 1. Перша медична допомога та алгоритм дій під час медичної евакуації	5
Модуль 2. Загальний огляд місця події та первинний огляд	12
Модуль 3. Джгути для зупинки кровотечі на кінцівках	20
Модуль 4. Тампонування рани у випадку травмування кінцівок без можливості накладення джгута	25
Модуль 5. Забезпечення прохідності дихальних шляхів	29
Модуль 6. Ушкодження грудної клітини	32
Модуль 7. Компресійний бандаж	35
Модуль 8. Розлади, викликані впливом теплової енергії	39
Модуль 9. Методи переміщення поранених	44

Додатки	
Додаток А. Матриця оцінювання на основі компетенцій	A-1
Додаток В. Інструмент оцінювання учасників курсу	B-1
Додаток С. Шаблон картки обліку проходження курсу	C-1
Додаток D. Перелік матеріально-технічного забезпечення курсу	D-1
Додаток Е. Перелік використаної літератури	E-1

**ЗАСТЕРЕЖЕННЯ:** цей посібник покликаний стати орієнтиром для інструктора, який сприятиме проведенню практичного навчання в очному форматі у рамках UNBFAC. Оскільки він використовуватиметься в якості основного довідникового документа, його було навмисно написано з використанням термінології, яку легко зрозуміти працівникам немедичної спеціалізації. Медичну термінологію (наприклад, дистальний/проксимальний, верхній/нижній, рабдоміоліз) було навмисно замінено загальними термінами з щоденного життя для забезпечення легкості перекладу на інші мови

<b>Назва курсу:</b>		Навчальний курс з надання першої медичної допомоги товаришу (UNBFAC)		
<b>Організація, відповідальна за призначення курсу:</b>		Організація Об'єднаних Націй (UN/DM/DHMOSH)		
<b>Тривалість курсу:</b>	К-сть навчальних днів	10 годин	Всього днів	2
<b>Співвідношення учасників курсу та інструкторів:</b>	Максимальне	1:10	Мінімальне	1:4

### Вимоги до учасників курсу

Всі учасники UNBFAC мають:

- вміти читати та говорити мовою, якою буде проводитися навчання; а також
- мати можливість взяти активну участь у теоретичних і практичних заняттях, що триватимуть не менше 10 годин;
- вміти згинатися, ставати на коліна, повзати, ходити без сторонньої допомоги та піднімати, тягнути або переміщувати непритомного дорослого пораненого.

### Мета курсу

Мета курсу UNBFAC полягає в тому, щоб скоротити випадки смертності й інвалідності серед персоналу Організації Об'єднаних Націй, яким можна запобігти під час виконання службових обов'язків, шляхом забезпечення умов, за яких увесь задіяний персонал матиме знання, навички та можливості, необхідні для вжиття рятувальних заходів по відношенню до хворих або поранених колег або інших осіб протягом перших 10 хвилин до прибуття більш висококваліфікованого медичного працівника.

### Базова інформація

- Дотримуючись рекомендацій, що містяться у Звіті Незалежної групи високого рівня з питань операцій на користь миру (2015 р.), Відділ управління охороною здоров'я, гігієни й охорони праці (DHMOSH) Секретаріату Організації Об'єднаних Націй розробив Навчальний курс ООН з надання першої медичної допомоги товаришу (UNBFAC). UNBFAC – це 10-годинний навчальний курс, що проводиться для всього миротворчого персоналу та сформованих поліцейських підрозділів перед їхнім розгортанням у місіях ООН. Стандарти UNBFAC було розроблено Відділом медичного обслуговування (MSD), і їх буде оприлюднено після безпосередніх консультацій з державами-членами.
- У той час як за впровадження, оцінку та ведення обліку відповідатимуть компетентні контингенти, підрозділи та організації, заходи з забезпечення якості будуть періодично здійснюватися Об'єднаною службою навчальної підготовки (ITS) Департаменту операцій на користь миру (DPO) ООН та (або) DHMOSH.

### Критерії успішності

Учасник курсу UNBFAC вважається достатньо компетентним, якщо він:

- взяв участь у навчанні за курсом BFAC протягом не менше 10 годин, і
- успішно продемонстрував компетенції у досягненні всіх навчальних цілей курсу.

Свідоцтво, яке надається після успішного проходження, є чинним протягом 2 років.



## Оцінка учасників курсу

- a) Сумарна оцінка: учасники мають пройти тестування/оцінювання (з практики/теорії) за критеріями досягнення мети курсу, що детально описано у розділі, присвяченому темі оцінювання. Інструктори UNBFAC оцінюватимуть учасників курсу відповідно до цілей навчання на основі компетенцій, зазначених у додатку А.
- b) Формативна оцінка – оцінювання учасників має здійснюватися інструкторами на безперервній основі протягом усього періоду проведення курсу з використанням практичних/теоретичних методів. Це має дати можливість інструкторам й учасникам курсу визначити сильні та слабкі сторони й надалі відкоригувати/адаптувати цей курс або додаткове навчання відповідним чином.

## Порядок повторного тестування

- a) Якщо учасник курсу не досяг одну або декілька його навчальних цілей, інструктор має, наскільки це можливо:
  - i. Надати можливість для перепідготовки або додаткового навчання з метою набуття відповідних компетенцій;
  - ii. Провести одне повторне тестування у вигляді практичної вправи, спрямованої на оцінювання стану поранених (за участі іншого інструктора, якщо це можливо).
- b) Якщо під час повторного тестування учасник курсу вважається некомпетентним, слід запланувати повторне проходження повного курсу UNBFAC у найкоротший термін. Тим часом може виникнути необхідність переглянути передбачене для такого учасника завдання для виконання в польових умовах.

## Кваліфікація інструктора

Проведення курсу UNBFAC має здійснюватися під наглядом сертифікованого інструктора, який відповідає наступним мінімальним вимогам:

- a) має поточну медичну кваліфікацію, яка включає всі компетенції, зазначені в навчальній програмі курсу UNBFAC (наприклад, такі, що є еквівалентними або вищими за кваліфікаційні критерії спеціаліста з надання екстреної медичної допомоги) відповідно до національного стандарту держави-члена, та
- b) успішно пройшов принаймні 24-годинне навчання та сертифікацію в якості постачальника навчальних послуг відповідно до національного стандарту держави-члена протягом останніх 3 років, включаючи наступні дисципліни:
  - i. теорія навчання на основі компетенцій;
  - ii. теорія та практика навчання дорослих;
  - iii. планування та популяризація навчальних заходів;
  - iv. навички презентації;
  - v. планування та проведення заходів практичного навчання принципам психометрії;
  - vi. теорія навчання в умовах, наближених до реальності;
  - vii. планування безпеки на основі різних сценаріїв і роль спеціаліста з питань забезпечення безпеки;
  - viii. оцінка навчання;
  - ix. складання звіту та ведення обліку;
- c) успішно пройшов курс підготовки інструкторів UNBFAC, визнаний Відділом управління охороною здоров'я, гігієни й охорони праці Організації Об'єднаних Націй (DHMOOSH), включаючи всі навчальні цілі навчальної програми UNBFAC, або

## Обов'язки інструктора

- a) Забезпечення належного планування навчального заходу та наявності матеріально-технічних ресурсів.
- b) Перевірка відповідності учасників курсу всім попереднім вимогам перед початком навчання.
- c) Створення безпечного навчального середовища.
- d) Забезпечення співвідношення учасників курсу та інструкторів не вище 1:10.
- e) Проведення всіх необхідних навчальних модулів відповідно до навчальної програми курсу.
- f) Оцінювання всіх учасників відповідно до керівних настанов, викладених у цьому документі.
- g) Заповнення форми інструменту оцінювання кожного з учасників курсу (додаток А).
- h) Внесення до картки обліку проходження курсу запису про завершення навчання (додаток С).

## Підтримання навичок і переатестація

- Відповідальність за підтримання навичок надання першої медичної допомоги під час розгортання покладено на медичний персонал контингенту. Як правило, відповідні заходи слід проводити не рідше ніж два рази на місяць протягом щонайменше 4 годин.
- Свідоцтво BFAC є чинним протягом 2 років, після чого персонал має повторно пройти весь 10-годинний курс BFAC.

## Ведення обліку

По завершенню всіх навчальних заходів складається письмовий звіт про проведене навчання, який має подаватися до Центральних установ ООН не пізніше ніж через 5 робочих днів після завершення навчання. Звіти про проведене навчання надсилаються в цифровому вигляді на електронну адресу: [unbfac@un.org](mailto:unbfac@un.org)

Такий звіт має містити щонайменше таку інформацію:

- a) дата, час та місце проведення навчального заходу;
- b) ПІБ інструктора та спеціаліста з питань забезпечення безпеки;
- c) облік відвідуваності занять усіма учасниками курсу;
- d) усі оцінювання, які було завершено під час навчання;
- e) будь-які травми, отримані під час навчання.

Приклад запису про відвідуваність занять курсу – в додатку (додаток С).

Окремі інструктори BFAC відповідають за зберігання точних даних про навчання протягом щонайменше 3 років з дати завершення навчання.

## Забезпечення якості

Об'єднана служба навчальної підготовки (ITS) Департаменту операцій на користь миру (ДОП) Організації Об'єднаних Націй та (або) DHMOSH можуть проводити аналіз забезпечення якості у рамках курсу BFAC, включаючи таке:

- a) робити запити щодо кваліфікації інструктора BFAC та здійснювати аналіз відповідної інформації на випадковій основі;
- b) робити запити щодо карток обліку проходження BFAC та здійснювати аналіз відповідної інформації на випадковій основі;
- c) здійснювати безпосереднє спостереження за навчальним процесом у рамках BFAC (наприклад, паралельно з візитами перед розгортанням).

Отримавши такий запит, інструктори BFAC мають надати необхідні дані протягом 30 днів. Ненадання таких даних може призвести до призупинення або припинення повноважень інструкторів, що дають їм право проводити навчання за курсом BFAC, а також до вірогідного визнання учасників таких навчальних заходів такими, які не відповідають вимогам.

### Результати навчання

Ідент.	Опис	Час
1.0	Визначати роль учасника курсу в наданні першої медичної допомоги та алгоритм дій під час медичної евакуації	1:00
2.0	Обговорювати загальний та первинний огляд пораненого внаслідок отримання травми	1:00
3.0	Накладати артеріальний джгут для зупинки небезпечної для життя кровотечі на кінцівках	1:00
4.0	Належним чином застосовувати еластичний бинт для зупинки зовнішньої кровотечі на тулубі у випадку поранення зчленувань	1:00
5.0	Забезпечувати прохідність дихальних шляхів пораненого за допомогою вибору відповідної позиції та фіксації руками	1:00
6.0	Виявляти та закривати відкриті ушкодження грудної клітини за допомогою оклюзійної пов'язки	1:00
7.0	Накладати компресійну пов'язку	1:00
8.0	Виявляти та надавати допомогу пораненому з розладами, викликаними впливом теплової енергії	1:00
9.0	Демонструвати методи невідкладного й екстреного переміщення поранених	1:00
10.0	Надавати допомогу пораненому з імітованою травмою протягом щонайменше 10 хвилин	1:00
<b>Загальний час, відведений на навчання</b>		<b>10:00</b>

# МОДУЛЬ 1

## ПЕРША МЕДИЧНА ДОПОМОГА ТА ПОРЯДОК МЕДИЧНОЇ ЕВАКУАЦІЇ

### Вступ

Щороку під час роботи в Організації Об'єднаних Націй тисячі людей у різних регіонах світу страждають від хвороб або травм. Це можуть бути як незначні удари і подряпини, так і дорожньо-транспортні пригоди та небезпечні для життя медичні та травматологічні надзвичайні ситуації. Хоча у багатьох випадках відновлення відбувається після відпочинку та гідратації, бувають стани, які потребують звернення за професійною медичною допомогою до лікаря клініки місцевого рівня або медичної установи вищого рівня. При цьому вам необхідно розуміти свою роль у континуумі надання медичної допомоги.

**До кінця цього модуля учасники курсу зможуть:**

- a) **пояснювати** терміни «перша медична допомога» та давати визначення функціям «спеціаліста з надання першої медичної допомоги»;
- b) **називати** різні рівні кваліфікації в рамках догоспітальної екстреної медицини;
- c) **пояснювати** «доктрину 10:1:2» у контексті екстреної евакуації персоналу Організації Об'єднаних Націй;
- d) **пояснювати**, у чому полягають три етапи надання допомоги у контексті їхнього зв'язку з тактичною медициною;
- e) **визначати** різні рівні закладів охорони здоров'я у системі евакуації ООН.

### Функції спеціаліста з надання першої медичної допомоги

Перша медична допомога визначається як «первинна допомога або лікування хворих або поранених». Її часто надають працівники немедичної спеціалізації, які першими опинилися на місці травмування. Це можуть бути колеги-мироотворці або інші цивільні особи. До функцій спеціаліста з надання першої медичної допомоги, зокрема, належать такі:

- (i) надсилання ефективного сигналу оповіщення;
- (ii) надання первинної допомоги; та
- (iii) надання допомоги на безперервній основі, доки пораненого не буде доставлено на наступний відповідний «рівень допомоги».

### Рівні догоспітальної медичної кваліфікації

У різних регіонах світу країни застосовують різні підходи, які гарантують надання потерпілому належної допомоги протягом періоду часу від отримання травми до госпіталізації. Оскільки кожна країна та операція мають свої особливості, наступні п'ять рівнів догоспітальної медичної кваліфікації слід розглядати виключно як орієнтир:

Рівні кваліфікації у рамках догоспітальної екстреної медичної допомоги	
Спеціаліст із надання першої медичної допомоги	Ця особа отримує базову підготовку протягом приблизно 10 годин і не вважається медичним працівником. Її функції часто виконують особи, присутні на місці травмування.
Спеціаліст служби оперативного реагування	Пройшовши приблизно 30-годинну підготовку, спеціалісти служби оперативного реагування надають екстрену медичну допомогу на ранніх етапах інциденту та доглядають за людьми, які травмувалися або потребують екстреної медичної допомоги <sup>1</sup> .
Медичний працівник молодшої або середньої ланки та санітар (спеціаліст із надання першої медичної допомоги, санітарний інструктор, асистент польового лікаря)	Медики-спеціалісти з надання екстреної медичної допомоги часто опиняються у ролі медичних працівників першого рівня. У багатьох випадках вони здатні забезпечити цілу низку «неінвазивних» медичних процедур і найчастіше входять до складу бригад оперативного транспортування, зокрема, надаючи медичну допомогу у випадках травмування протягом «золотої години».
Парамедик	Ця особа отримує понад 800 годин підготовки та досвіду з питань розширеного комплексу реанімаційних заходів. Парамедик часто може самостійно або під керівництвом лікаря вводити цілу низку ліків і проводити більш інвазивні медичні процедури, ніж спеціаліст із надання першої медичної допомоги.
Лікар швидкої допомоги	Це лікар повної кваліфікації, який спеціалізується на наданні догоспітальної та екстреної допомоги.

Хоча зазначені п'ять рівнів догоспітальної медичної кваліфікації не є виключними, вони представляють собою важливу відмінну рису для визначення того, який рівень допомоги слід очікувати в тій чи іншій країні або у тому чи іншому районі проведення операції.

Оскільки формування спеціалізації догоспітальної медицини продовжується, ви й далі спостерігатимете запровадження додаткової класифікації відповідної кваліфікації. До таких додаткових категорій належать, зокрема, *спеціалісти з надання розширеної або тактичної екстреної допомоги або допомоги у віддалених районах; парамедики, практикуючі медичні сестри та асистенти лікаря інтенсивної терапії*, і це лише декілька спеціальностей, які було розроблено для задоволення тих чи інших потреб у рамках алгоритму дій під час евакуації у рамках відповідної системи.

<sup>1</sup> UNSMS Guidelines on First Responder Programmes (2017), pg.4, para 11.

## «Доктрина 10:1:2» щодо надання допомоги у випадку травмування

Саме завдяки доказовій медицині відомо, що ризик смерті або стійкої втрати працездатності значно знижується, якщо медична допомога надається людині якомога швидше після отримання нею небезпечної для життя травми або виникнення у неї відповідного захворювання. Зважаючи на такі дані, надзвичайно важливо, щоб необхідні процедури збереження життя, кінцівок та зору застосовувались протягом певних часових рамок разом із алгоритмом спрямованих на виживання дій, який передбачено для відповідного інциденту. Зазначені терміни відомі як часова шкала 10:1:2.

Алгоритм спрямованих на виживання дій відповідно до цієї часової шкали описується таким чином:

10	Це рекомендований максимальний час, у хвилинах, для забезпечення необхідних негайних заходів із порятунку життя на місці отримання травми/захворювання після отримання такої травми/захворювання. Відповідний період часу часто називають «платиновими 10 хвилинами».
1	Це рекомендований максимальний час, протягом якого необхідні реанімаційні процедури з контролю уражень забезпечують спеціалісти з надання екстреної медичної допомоги. Їх необхідно здійснити протягом 1-ї години з моменту отримання травми/захворювання, і таку годину часто називають «золотою».
2	Це рекомендований максимальний час, необхідний для здійснення хірургічної тактики контролю уражень, яку слід розпочинати протягом 2 годин після отримання травми/захворювання.

Для цілей цього навчального посібника поранених буде поділено на дві великі групи: потерпілі з *загальними захворюваннями* та потерпілі з *травмами*. *Потерпілих із загальними захворюваннями* часто називають «хворими», тоді як *потерпілі з травмами* вважаються такими внаслідок впливу зовнішніх факторів, як-от автомобільної аварії, стрілянини, вибухів або падіння з висоти. Основну увагу навчального процесу, як і раніше, буде спрямовано на *травмування*.

Пам'ятаючи, що роль *спеціаліста з надання першої медичної допомоги* полягає в ініціюванні алгоритму евакуаційних дій та наданні первинної допомоги, доки не з'явиться можливість надання медичної допомоги, ми маємо зрозуміти, що кінцевою метою є забезпечення транспортування з наданням медичної допомоги та евакуація до медичного закладу, що відповідає стану пораненого. Одним словом, пораненому необхідно дістатися до лікарні та звернутися до відповідного лікаря. Різні дослідження за останнє століття неодноразово виявляли суттєве зростання рівня живучості, якщо поранений, за необхідності, може отримати хірургічну допомогу протягом 2 годин із моменту травмування.

Хоча потерпілі з травмами отримуватимуть необхідне їм лікування в лікарні (або іншому закладі охорони здоров'я (ЗОЗ), їх часто рятують на місцях спеціалісти з надання першої медичної допомоги та інші *догоспітальні медичні працівники*, які надають життєво важливу допомогу, що забезпечує можливість людині залишатися живою протягом достатньо довгого періоду часу, щоб потрапити до лікарні.

### Тактична медицина

Представниками цивільних медичних систем країни вже давно розроблено керівні настанови з надання першої медичної допомоги та догоспітальної медичної допомоги, які побудовано на припущенні, що спеціалісти з надання першої медичної допомоги та спеціалісти служби оперативного реагування здатні надавати допомогу, не наражаючи власне життя на небезпеку. В останні роки роль військової медицини було переосмислено з огляду на обставини, за яких надання пораненому медичної допомоги має відбуватися з урахуванням інших факторів, включаючи цілі місії та триваючі бойові дії<sup>2</sup>. Крім того, оперативний контекст військової медицини означає, що деякі методи лікування та втручання, які можуть бути доцільними в цивільних умовах, можуть призвести до додаткових втрат життя та підвищеного ризику в умовах військової діяльності. Зважаючи на це, широке визнання отримали такі три етапи надання медичної допомоги в тактичних умовах:

Три етапи тактичної медицини	
Надання допомоги під вогнем	Надання допомоги під вогнем – це надання медичної допомоги за активної участі у бойових діях. На цьому етапі така допомога часто обмежуватиметься накладенням джгутів і наданням самопомоги, оскільки головним пріоритетом є <b>відреагувати на загрозу та придушити її</b> , і такі заходи, якщо це можливо, мають передбачати відповідні дії по відношенню до поранених.
Надання допомоги на полі бою	Надання допомоги на полі бою відбувається тоді, коли поранений та спеціалісти служби оперативного реагування більше не знаходяться безпосередньо під вогнем, хоча обстановка навколо них все ще може бути ворожою або може знову стати такою. Така допомога надається спеціалістом із надання першої медичної допомоги або медичним працівником із використанням обладнання, яке вони мають при собі на момент виникнення відповідної ситуації, включаючи допоміжні засоби для забезпечення функціонування дихальних шляхів, декомпресії грудної клітини та інфузійної терапії.
Надання допомоги під час евакуації	Надання допомоги під час евакуації відбувається тоді, коли на місце прибувають евакуаційні засоби з додатковим медичним обладнанням, і (або) пораненого вивозять із зони бойових дій. Така допомога може передбачати залучення спеціалістів із надання екстреної медичної допомоги більш високої кваліфікації та застосування більш сучасного відповідного обладнання.

<sup>2</sup> BUTLER, 1996, Military Medicine, Tactical Combat Casualty Care

## Рівні закладів охорони здоров'я в рамках Організації Об'єднаних Націй

Люди часто захворюють або травмуються тоді, коли знаходяться на великій відстані від місця надання медичної допомоги, іноді не маючи можливості відвідати лікаря протягом декількох днів, а іноді будучи вимушеними їздити в інші країни для отримання допомоги сучасного рівня. У кожному місті або селищі, де б воно не знаходилось, просто неможливо мати лікарні підвищеної кваліфікації та добре підготовлених лікарів-спеціалістів.

Організація Об'єднаних Націй визначає чотири рівні закладів охорони здоров'я (ЗОЗ). Всі вони призначені для того, щоб забезпечити можливість оперативно надати пораненим первинну допомогу та підтримувати їх у достатньо стабільному та здоровому стані для подальшого транспортування до місця надання високоспеціалізованої медичної допомоги. Нижче наведено зазначені чотири рівні<sup>3</sup> ЗОЗ:

- 1-й рівень – це ЗОЗ, які надають стабілізаційні та реанімаційні послуги для підготовки пацієнтів до транспортування до більшого ЗОЗ (реанімаційна тактика контролю уражень). Заклади 1-го рівня можуть:
  - вести 5 пацієнтів протягом не більше 2 днів;
  - збирати поранених, надавати базову медичну допомогу хворим, виклики, здійснювати реанімацію та стабілізацію в місці травмування/збору;
- 2-й рівень – це ЗОЗ, які можуть проводити стабілізаційні хірургічні заходи (хірургічна тактика контролю уражень):
  - вести 10–20 пацієнтами протягом не більше 7 днів;
  - здійснювати хірургічні втручання, інтенсивну терапію, надавати послуги зуботехнічної лабораторії, проводити рентген, стабілізаційні та базові фармацевтичні заходи;
  - забезпечити зберігання препаратів крові з дотриманням «холодового ланцюга» та кліматичних норм;
  - застосовувати кров та препарати крові з дотриманням належних запобіжних гігієнічних заходів;
- 3-й рівень – це заклади, які здатні:
  - вести 50 пацієнтів протягом не більше 30 днів;
  - надавати розширені послуги хірургії, інтенсивної терапії та стоматологічної допомоги;
  - надавати лабораторні послуги та основні послуги з рентгену;
  - забезпечувати функціонування у своєму складі різних відділень та постачання до закладу фармацевтичних препаратів;
- 4-й рівень – це лікарня, яка має у своєму складі персонал усіх спеціальностей, включаючи передові спеціальності, зокрема персонал опікового відділення.

---

<sup>3</sup> Medical Support Manual, Ch3, Section C, United Nations, New York.



## **Висновок**

Спеціалісти з надання першої медичної допомоги відіграють вирішальну роль у лікуванні травмованих поранених, зважаючи на те, що вони мають безпосередній та швидкий доступ до таких поранених. Здатність спеціаліста з надання першої медичної допомоги надіслати належний сигнал оповіщення, зупинити кровотечу, забезпечити дихання пораненого та зігріти його протягом «платинових 10 хвилин» надає пораненому можливість вижити, зменшуючи рівень смертності на 30%. Таким чином, оцінка можливості надати потерпілому ту чи іншу медичну допомогу або навчити його надати таку допомогу собі самому на полі бою має враховувати цілі місії та будь-які потенційні загрози, що мають місце.

Варто також враховувати необхідність швидкого транспортування до ЗОЗ, в ідеалі з забезпеченням можливості хірургічного втручання та застосування препаратів крові протягом 2 годин. Розуміння рівнів ЗОЗ, доступних в межах зони проведення операції, та різних рівнів догоспітальної кваліфікації сприятиме розробці планів щодо збереження пораненими своїх функцій та забезпечення їхньої медичної евакуації для підтримки операцій та заходів ООН.



## МОДУЛЬ 2

### ЗАГАЛЬНА ОЦІНКА МІСЦЯ ПОДІЇ ТА ПЕРВИННИЙ ОГЛЯД

#### Вступ

Незалежно від того, чи ви стали свідком травмування потерпілого, чи опинилися на місці інциденту незабаром після його виникнення, перші хвилини можуть виявитися приголомшуючими для будь-якої особи, навіть найдосвідченішого спеціаліста служби оперативного реагування. У ці хвилини вам, як спеціалісту служби оперативного реагування, слід тримати себе в руках і з самого початку вжити належних запобіжних заходів, щоб переконатися в тому, що ви не завдаєте додаткової травми потерпілому або собі. Як спеціалісту з надання першої медичної допомоги, вам необхідно застосувати структурований та системний підхід до забезпечення власної безпеки, встановлення контролю за місцем події та усунення загроз життю потерпілої особи у найефективніший спосіб.

До кінця цього модуля учасники курсу зможуть:

- a) *пояснювати* значення акроніму SCENE-MARCH (відповідною мовою);
- b) *надавати* сигнал оповіщення про настання надзвичайної ситуації;
- c) *пояснювати* значення шкали AVPU для оцінки реакції потерпілої особи;
- d) *називати* різні методи зупинки зовнішньої кровотечі.

#### Загальна оцінка місця події

Загальна оцінка місця події – це перша оцінка, яку ви, як спеціаліст із надання першої медичної допомоги, зробите, опинившись на місці травмування або ставши його свідком. Англійський акронім SCENE вказує на пріоритети, якими слід керуватися на початковому етапі, та складається з перших літер таких англійських слів:

- **S**afety (безпека);
- **C**ause (причини);
- **E**nvironment (навколишнє середовище);
- **N**umber of Casualties (кількість поранених);
- **E**xtra Resources (додаткові ресурси);

#### **S** – безпека.

Як спеціаліст із надання першої медичної допомоги, ви, вірогідно, будете вимушені враховувати різноманітні ситуації та обставини. Оцінюючи місце події за критеріями, визначеними акронімом SCENE, вам необхідно виявити та взяти під контроль загрози, перш ніж приступити до надання медичної допомоги пораненому. Якщо бойові дії або стрілянини триватимуть, ваше головне завдання може полягати в тому, щоб продовжувати боротися з загрозами для підвищення безпеки й охорони місця події. Відволікання від виконання цього завдання може призвести до отримання додаткових травм. В операціях,

в яких задіяні незначні підрозділи, застосування медичним працівником додаткових вогневих засобів може мати ключове значення для отримання тактичної вогневої переваги, необхідної для зведення нанівець або зменшення ворожої атаки<sup>4</sup>.

Коли загроза зменшується і надання медичної допомоги потерпілій особі стає безпечним, одним із найважливіших аспектів особистої безпеки є забезпечення того, що ви вживаєте відповідних запобіжних заходів для виключення контакту з речовинами тіла. Рідини організму можуть містити організми, відомі як збудники. Збудники – це організми, як-от віруси та бактерії, які можуть викликати захворювання. В основі належних запобіжних заходів із виключення контакту з речовинами тіла лежать відповідні засоби індивідуального захисту (ЗІЗ), які включають:

- рукавички;
- засоби захисту очей.

До індивідуальної аптечки першої медичної допомоги входять нітрилові захисні рукавички. Хоча засоби захисту очей не входять до вашої індивідуальної аптечки першої медичної допомоги, засоби захисту очей та вух мають бути серед ваших оперативних засобів індивідуального захисту (ЗІЗ) разом з вашим бронежилетом та шоломом. **Запобіжні заходи з виключення контакту з речовинами тіла має бути вжито якомога раніше**

## **С – причини.**

Пошукайте на місці події, навколо пораненого, будь-які ознаки, які б вказували на те, що сталося і що спричинило його травмування. У даному контексті ми намагаємося класифікувати поранених як *поранених із травмами* або як *поранених із загальними захворюваннями*. До першої групи належать ті, організм яких опинився під впливом зовнішніх факторів. В Організації Об'єднаних Націй найпоширенішими причинами травматичних поранень є такі:

- дорожньо-транспортні пригоди;
- стрілянина;
- вибухи;
- утоплення; та
- зміїні укуси.

У той самий час *поранені із загальними захворюваннями* – це ті, в кого спостерігається дисфункція однієї або декількох систем організму. Зокрема, це можуть бути:

- розлади свідомості (наприклад, судомні випадки);
- респіраторні захворювання;
- серцеві захворювання; та
- розлади, викликані впливом теплової енергії.

---

<sup>4</sup> BUTLER et al, 1996, Military Medicine, page 4

Різниця між зазначеними групами потерпілих є суттєвою, оскільки від цього залежатиме, яку медичну допомогу ви надаватимете пораненому та як ви це робитимете. **Завжди припускайте, що поранені з травмами, отриманими внаслідок дорожньо-транспортної пригоди та падіння з висоти, мають ушкодження шиї та хребта, а отже потребують відповідної медичної допомоги.**

### **E – навколишнє середовище.**

Чи існують будь-які фактори, пов'язані з навколишнім середовищем, що впливають на потерпілого? До таких факторів можуть належати такі:

- стояча вода або намокання потерпілої особи;
- екстремальна спека, холод або безпосередній вплив сонця або гарячих поверхонь;
- електричні кабелі або повалені лінії електропередач;
- зустрічний рух;
- пожежа або легкозаймиста рідина та пари.

### **N – кількість поранених.**

За обставин, коли кількість поранених перевищує кількість спеціалістів служби оперативного реагування та обсяг ресурсів, приймається рішення щодо пріоритетності поранених для забезпечення надання найоптимальнішої медичної допомоги більшості поранених.

### **E – додаткові ресурси.**

Деякі інциденти можуть вимагати постачання додаткових ресурсів на місце події для сприяння наданню медичної допомоги пораненим та їхній евакуації. Як спеціаліст із надання першої медичної допомоги, ви маєте унікальну можливість виявити такі потреби на ранньому етапі, завдяки чому збільшується час, який може бути витрачено на доставку цих ресурсів до місця події. Серед додаткових ресурсів можуть бути такі:

- медичний персонал;
- спеціалізоване обладнання для діставання поранених, які застрягли в транспортних засобах;
- засоби пожежогасіння;
- сили швидкого реагування;
- вогнева підтримка (важка, пряма, непряма вогнева підтримка або безпосередня підтримка авіації);
- послуги зі стабілізації постачання електроенергії або комунальних послуг;
- гелікоптери або засоби повітряної евакуації.

### **Сигнал оповіщення**

Сигнал оповіщення має бути передано у найкоротші терміни, але не пізніше ніж через 10 хвилин після того, як поранення було отримано, що дозволить забезпечити швидкий доступ до засобів евакуації. Організація Об'єднаних Націй прийняла типово

оперативне зведення, яке складається з чотирьох рядків. Отримавши сигнал оповіщення, оперативний центр відповідної місії активує швидке розгортання групи з надання медичної допомоги у надзвичайних ситуаціях, члени якої мають підготовку та оснащення, необхідні для проведення розширеного комплексу реанімаційних заходів<sup>5</sup>, головним чином для стабілізації пораненого.

Очікується, що ви, як спеціаліст із надання першої медичної допомоги, зможете передати такий сигнал оповіщення. Чотири рядки, з яких складається сигнал оповіщення:

#### СИГНАЛ ОПОВІЩЕННЯ

**Місцеперебування.** Вкажіть точне розташування бажаного місця збору (наприклад, UTM, MGRS, широта/довгота)

**Інцидент.** Це передбачає наявність на місці події, зокрема, телефону, у тому числі супутникового, а також радіочастоти

**Заходи, що вживаються.** Що ви робите (наприклад, «Ми надаємо першу медичну допомогу на узбіччі дороги» або «Ми самостійно їдемо до найближчої лікарні»)?

**Необхідні ресурси.** Чого ви хочете? Чи потрібне на місці події спеціальне обладнання (наприклад, підйомник, евакуаційне обладнання, апарати ШВЛ)?

#### Первинний огляд

Після належної оцінки та стабілізації ситуації на місці події за критеріями, визначеними акронімом *SCENE*, ви маєте спрямувати свою увагу на пораненого або поранених. Первинний огляд можна охарактеризувати як «огляд та надання медичної допомоги в експрес-режимі за безпосередньої загрози життю». За результатами такого огляду зусилля спрямовуються на лікування тих травм, які, ймовірно, призведуть до смерті пораненого найближчим часом. Для цього перехід від лікування однієї травми до лікування наступної відбувається лише після вирішення питання з попередньою травмою. Такий підхід позначається англійським акронімом *MARCH*:

- **M**assive bleeding (масивна кровотеча)
- **A**irway (дихальні шляхи)
- **R**espirations (дихання)
- **C**irculation (кровообіг)
- **H**ypothermia (гіпотермія)

#### **M** – масивна кровотеча.

Будь-яку кровотечу, яка загрожує життю, слід негайно зупинити та усунути. Потерпілий з масивною кровотечею може померти протягом лише 2–3 хвилин, якщо кровотечу не усунути оперативно. На цьому етапі первинного огляду перевага віддається таким методам медичної допомоги:

1. накладення джгута для будь-якої масивної кровотечі на руках або ногах;

---

<sup>5</sup> У контексті цього документа здатність вжити розширений комплекс реанімаційних заходів визначено в пп. 22–26 розділу «Доктрина 10:1:2».

2. рани, що не підлягають застосуванню джгута, тампонується з використанням еластичного бинта із застосуванням прямого тиску протягом щонайменше 3–5 хвилин.

### **А – дихальні шляхи.**

Наступним кроком має стати огляд дихальних шляхів пораненого, щоб можна було переконатися, що вони незаблоковані та вільні від будь-яких сторонніх предметів, якими може виявитися кров, слина або будь-яка інша речовина, що накопичуються в дихальних шляхах та перешкоджає потраплянню повітря в легені та його подальшому руху. Найшвидший спосіб відкрити дихальні шляхи пораненого – це застосувати немеханізовані методи, як-от «закидання голови – виведення підборіддя» або «рятівне положення». Якщо поранений говорить, плаче або кричить, така поведінка сама за себе може свідчити про те, що поранений контролює свої дихальні шляхи і що вони не заблоковані.

### **Р – дихання.**

Якщо мозок не отримує достатньо кисню, він починає зазнавати незворотних ушкоджень лише за 3–4 хвилини. Кисень потрапляє в організм через дихальні шляхи, а звідти через легені – у кров. Для цього потерпілий має дихати у нормальному темпі та глибоко. Не має сенсу оцінювати дихання, якщо сторонні предмети перешкоджають вільному функціонуванню дихальних шляхів; отже ви, як спеціаліст із надання першої медичної допомоги, маєте оцінити респіраторні функції (дихання) і, за необхідності, допомогти пораненому нормалізувати дихання після того, як дихальні шляхи буде попередньо прочищено та відкрито.

### **С – кровообіг.**

Після того, як кисень досягає легенів, він переноситься в циркулюючу кров, де він має повернутися в серце для подальшого перекачування в мозок й інші органи. Крім того, що дихальні шляхи мають бути вільними, а дихання – чистим, кровообіг в організмі має бути достатнім, щоб доставляти кисень через кров у мозок. Його параметри підлягають оцінці, що може вимагати участі медичного працівника. Швидкою оцінкою кровообігу є оцінка рівня реакції, яка передбачає визначення одного з чотирьох рівнів за шкалою AVPU. Більш детальний опис останньої наведено нижче.

Крім оцінки кровообігу (за шкалою AVPU) саме на цьому етапі здійснюється зупинка кровотечі, яка не несе загрозу життю, для чого застосовуються пов'язки та биндажі.

### **Н – гіпотермія.**

У більшості потерпілих, які мають втрату крові, спостерігається швидке зниження температури тепла тіла, навіть якщо вони знаходяться у гарячому середовищі. За втрати крові вся кров, що залишається, спрямовується до центру тіла, залишаючи шкіру холодною на дотик. Падіння температури тіла пораненого призводить до ще більшої кровотечі і вимагає оперативного реагування. Зберігайте тепло потерпілого, замінюючи його вологий одяг сухим та обгортаючи пораненого ковдрами або іншими теплими речами.

## Гіповолемічний шок

Гіповолемічний шок – це небезпечний для життя стан, який виникає тоді, коли ваш організм втрачає більш ніж 20% (п'яту частину) своєї крові або рідини. Така серйозна втрата рідини унеможливує перекачування серцем достатньої кількості крові до вашого організму.

Коли у пораненого настає гіповолемічний шок, його органи мають працювати важче, щоб «компенсувати» втрату крові. Тривалість часу, який поранений може ефективно «компенсувати» перед втратою та «декомпенсацією», залежатиме від загального стану його здоров'я та серйозності його травм. Після того, як в організмі починається етап декомпенсації, подача кисню до життєво важливих органів зменшується і врешті-решт організм починає вмирати.

## Шкала оцінки рівня свідомості

Шкала оцінки рівня свідомості (AVPU) – це проста чотирьохрівнева шкала, яку зазвичай використовують спеціалісти з надання догоспітальної допомоги в різних країнах світу для оцінки рівня реакції пораненого. Оцінка за шкалою AVPU здійснюється для визначення рівня кровообігу згідно з протоколом, передбаченим англійським акронімом *MARCH*.

- **A**lert (притомний) – поранений може розмовляти та відповідати на прості запитання/жести рук.
- **V**oice / **S**ound (реагує на голос) – поранений спонтанно реагує на звуки або шуми.
- **P**ain (реагує на біль) – поранений реагує на біль.
- **U**nresponsive (взагалі не реагує) – поранений не реагує на біль.



## Блок-схема процесу прийняття рішень про надання допомоги під вогнем

Ці вправи слід засвоїти та запам'ятати: якщо у вас виникне необхідність прочитати якісь настанови під час обстрілу, ваше навчання провалилося

Весь особовий склад (включаючи поранених, якщо це можливо) має повернутися та продовжувати обстріл для ураження ворога

Як медик, так і поранені перебувають на відкритій місцевості

Спрямуйте дим проти вітру, якщо є така можливість

**Розгляньте доцільність:**

- використання джгута за катастрофічної кровотечі;
- перегортання пораненого обличчям донизу (положення тіла для відкриття дихальних шляхів), доки він не буде готовий рухатися.

**Здійсніть евакуацію до укриття**

Тільки поранений на відкритій місцевості медик в укритті

Якщо поранений не в змозі відкрити ефективний вогонь, скажіть йому, щоб він лежав якомога спокійніше

**Сплануйте порятунок, враховуючи наступне:**

- підтримка дружніх сил;
- використання транспортних засобів;
- застосування димової завіси;
- пошук оптимального укриття;
- використання товстої мотузки;
- визначення найкоротшого маршруту.



## МОДУЛЬ 3

### ДЖГУТИ ДЛЯ ЗУПИНКИ КРОВОТЕЧІ НА КІНЦІВКАХ

#### Вступ

Зовнішня кровотеча є головною причиною смерті у випадках, яким можна запобігти на полі бою, що становить більше половини відповідних випадків смерті. Поранений, який страждає від значної артеріальної кровотечі, може втратити свідомість і померти від втрати крові лише за 2–3 хвилини, тому здатність зупиняти кровотечу на кінцівках шляхом накладення артеріальних джгутів, рятує життя, якщо відповідні заходи вживаються належним чином і швидко.

До кінця цього модуля учасники курсу зможуть:

- визначати* складові артеріального джгута;
- підготовлювати* та ефективно зберігати джгут для застосування техніки однієї руки;
- накладати* джгут, використовуючи техніку однієї руки (самозастосування);
- накладати* джгут пораненому, використовуючи техніку двох рук;
- застосовувати* ефективний імпровізований джгут-турнікет.

#### Специфікація джгута бойового застосування (САТ)

Джгут бойового застосування (САТ)®, який було розроблено для військових Сполучених Штатів Америки у 2005 році, наразі є найпоширенішим артеріальним джгутом серед військових: щороку мільйони цих джгутів розповсюджуються по всьому світу.

Завдяки можливості оперативного накладення джгута типу САТ за допомогою техніки однієї руки та загальних навичок моторики, йому віддають перевагу військовослужбовці збройних сил понад 100 країн.

У джгута типу САТ є такі суттєві складові:

- стрічка з велкро-панелью;
- одностороння пряжка;
- посилений стрижень-затискач;
- жорсткий фіксатор типу «рога»;
- ремінець для обліку часу накладення джгута;
- кінчик стропа, який легко впізнати завдяки червоному кольору.



## Підготовка та зберігання джгута

Джгут типу САТ можна знайти у вашій індивідуальній аптечці першої медичної допомоги. Його слід носити з собою у такому місці або таким чином, щоб джгут можна було швидко дістати та накласти лівою чи правою рукою, в ідеалі менш ніж за 30 секунд. Гарним місцем, до якого легко дістає і права, і ліва рука, є центр грудної клітини або тіла. Для захисту джгута від прямих сонячних променів, які з часом можуть погіршити його якості, джгут носять у повністю закритому мішечку. Підготовка джгута відбувається відповідно до алгоритму дій, який зазначено нижче:

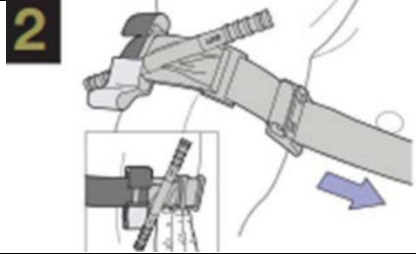
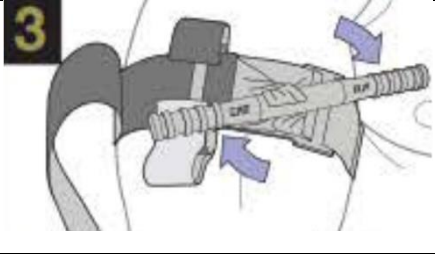
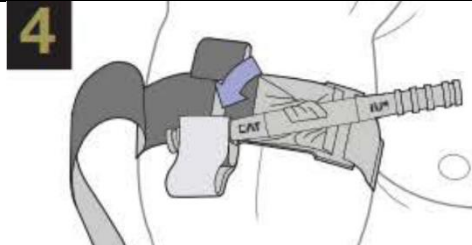
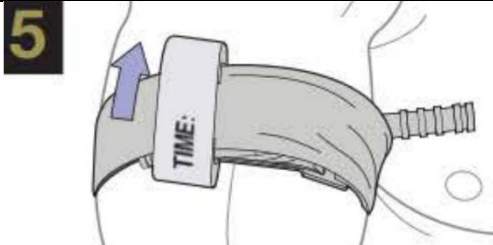


- a) протягніть кінчик ремінця червоного кольору крізь односторонню кліпсу приблизно на 10–15 см (5–6 дюймів) та потягніть його назад;
- b) складіть джгут так, щоб він мав компактний розмір і фіксувався стрічкою з велкро-панелью;
- c) закріпіть *стрижень-затискач* всередині *фіксатора типу «рога»*;
- d) зафіксуйте *ремінець* у відкритому положенні, щоб забезпечити більш швидке накладення джгута однією рукою.

## Накладення джгута типу САТ

Джгут накладається безпосередньо на шкіру приблизно на 5 см (2–3 дюйми) вище відкритої рани. Якщо спеціаліст із надання першої медичної допомоги не має часу шукати та розкривати рани, джгут можна накласти безпосередньо на одяг, розмістивши його *високо та щільно* – якомога вище на кінцівці та ближче до тулуба, за умови відсутності всередині одягу будь-яких твердих речей. Джгут, який було накладено *високо та щільно* поверх одягу, слід якомога швидше перемістити в оптимальніше положення, і зробити це має медичний працівник, як тільки поранений потрапить до нього.

	<b>АБО</b>	
ТЕХНІКА <b>ОДНІЄЇ</b> РУКИ. Просуньте пошкоджену кінцівку в утворену петлю стропа та розташуйте останню безпосередньо на шкірі на 5–7 см (2–3 дюйми) вище місця кровотечі.		ТЕХНІКА <b>ДВОХ</b> РУК. Оберніть стропа навколо кінцівки, протягніть її край через щілину пряжки та розташуйте стропа безпосередньо на шкірі над місцем кровотечі.*

	
<p>Щільно затягніть стропу та закріпіть її навколо кінцівки у зворотньому напрямку, не закриваючи нею фіксатор стрижня-затискача. Пов'язка має бути достатньо щільною, щоб між нею та кінцівкою не можна було просунути кінчики трьох (3) пальців. Якщо кінчики трьох (3) пальців можна просунути крізь пов'язку, знову затягніть та закріпіть стропу.</p>	<p>Обертайте стрижень-затискач доти, доки не припиниться кровотеча.</p>
	
<p>Закріпіть стрижень-затискач всередині фіксатора типу «рога», щоб зафіксувати його на місці. Перевірте наявність кровотечі та дистального пульсу. Якщо кровотеча не припиняється або присутній дистальний пульс, подумайте про необхідність ще одного затягування стропи або про застосування другої стропи вище та поряд із першою. Проведіть повторний огляд.</p>	<p>Протягніть стропу між «рогами» фіксатора та далі поверх стрижня. Закріпіть стрижень і стропу ремінцем із написом TIME. Запишіть на ньому час накладення джгута.</p>

Після накладення джгута необхідно слідкувати за тим, щоб кровотеча з рани не продовжувалася. Якщо накладення джгута не допомагає зупинити кровотечу, слід накласти ще один джгут безпосередньо поряд із першим джгутом; причому бажано розмістити другий джгут над першим. Можна також розглянути доцільність вживання додаткових заходів для зупинки кровотечі, зокрема тампонування рани, прямий тиск і/або непрямий сильний тиск на відповідну пахову складку або ключичну вирізку. Нарешті, час накладення джгута слід записати або на джгуті, або на лобі пораненого з префіксом (наприклад, «T= 1420год»).

Належне нанесення джгута не обходиться без ризику. Хоча це може врятувати життя пораненому, запобігаючи потраплянню крові до кінцівок та рани, такі заходи також перешкоджають виведенню відходів із організму. З часом накопичення таких відходів може мати критичний вплив на стан здоров'я пораненого, якщо джгут видалити. Зважаючи на це, наполегливо рекомендується залишити видалення джгута виключно медичним працівникам.

## Навчальна порада

**Нотатки:** навчання з питань накладення джгута має відбуватися виключно під наглядом кваліфікованого інструктора. Інструктор має оглянути джгут перед тим, як його зняти, і за жодних обставин під час навчання не має залишати його накладеним протягом більш ніж 1 хвилини. Якщо спостерігається дистальний пульс, це означає, що джгут було накладено неналежним чином.

### **Накладення імпровізованого джгут-турнікета**

Якщо стався інцидент із отриманням травми пораненим, а ви не маєте доступу до джгута типу САТ або він вже накладений на іншу кінцівку, можна створити імпровізований джгут-турнікет на основі речей з повсякденного життя. Для цього вам знадобляться:

а. будь-який матеріал/стрічка, якими можна обгорнути кінцівку (наприклад, хустка/трикутна пов'язка (косинка) або шматок одягу/тканини);

б. ворот – твердий предмет для скручування стрічки (наприклад, палиця, ручка домкрата, ручка мітли, карабін).



Щоб накласти імпровізований джгут-турнікет, візьміть вибраний вами матеріал/стрічку, щільно обмотайте ним (нею) кінцівку, а потім зафіксуйте його (її), зв'язавши вузол. Після того, як матеріал/стрічка буде зафіксовано, помістіть вибраний вами ворот під вузол і прокрутіть його разом з матеріалом. Прокручайте матеріал доти, доки імпровізований джгут-турнікет не буде щільно зафіксовано навколо кінцівки. Для належної фіксації джгута зв'яжіть із вибраного вами матеріалу ще один вузол зверху над скрученим воротом.

### **Висновок**

Оперативне накладення джгута – це найшвидший спосіб зупинити кровотечу на кінцівках, який не представляє загрози для пораненого, якщо все буде здійснено у зазначені терміни. Весь персонал має носити джгут із собою під час перебування у районі місії, завжди тримаючи його у швидкодоступному місці, а також має регулярно практикувати накладення джгута як за допомогою техніки однієї руки, так і за допомогою техніки двох рук. Можливість накладення джгута на себе або іншу особу – це єдиний фактор, що матиме найбільший вплив на зменшення ризику смерті, якій можна запобігти, під час виконання службових обов'язків.



## МОДУЛЬ 4

### ТАМПОНУВАННЯ РАНИ У ВИПАДКУ ТРАВМУВАННЯ КІНЦІВОК БЕЗ МОЖЛИВОСТІ НАКЛАДЕННЯ ДЖГУТА

#### Вступ

Зовнішня кровотеча є головною причиною смерті у випадках, яким можна запобігти на полі бою, що становить більше половини відповідних випадків смерті. Хоча оперативне накладення артеріальних джгутів – це найшвидший спосіб зупинити зовнішню кровотечу на кінцівках, не всі рани, зокрема рани на довгих кінцівках, дозволяють накласти джгут. У таких випадках сильну кровотечу слід оперативно зупинити шляхом тампонування рани.

До кінця цього модуля учасники курсу зможуть:

- розкривати** травму, безпечно відрізавши одяг пораненого;
- застосовувати** прямий тиск для зупинки кровотечі, доки не буде готовий бинт;
- видаляти** надлишок крові з рани за допомогою бинта або засобів для очищення рани (за необхідності);
- тампонувати** порожнину рани до кістки;
- застосовувати** прямий тиск протягом 5–30 хвилин.

#### Теорія тампонування рани

Коли кровоносну судину ушкоджено і це спричинило кровотечу, слід пам'ятати, що джерело кровотечі часто знаходиться глибоко всередині порожнини рани. У випадку артеріальної кровотечі кров виштовхується з пошкодженої кровоносної судини під відносно високим тиском. Накладення пов'язки або биндажу на зовнішню частину рани часто є неефективним, оскільки тиск усередині кровоносної судини продовжує виштовхувати кров в навколишню м'язову тканину або порожнину.



Тампонування рани сприяє застосуванню спеціалістом із надання першої медичної допомоги належного тиску на джерело кровотечі глибоко всередині порожнини рани, що уповільнює кровотечу, дозволяючи утворитися згустку крові. Зважаючи на це, тампонування рани завжди має здійснюватися паралельно з прямим тиском на рану протягом 5–30 хвилин.



## Матеріали для тампонування рани

Оскільки розміщення тампонувального матеріалу всередині рани підвищує ризик інфікування, спеціаліст із надання першої медичної допомоги має вжити всіх доцільних запобіжних заходів для того, щоб такий матеріал був чистим і, бажано, стерильним, якщо це можливо. У продажу є декілька *еластичних пов'язок* із кровоспинними матеріалами всередині, що призначені для сприяння згортанню крові.



*Кровоспинний бинт* має бути у безпосередньому контакті з джерелом кровотечі та має застосовуватися паралельно зі здійсненням прямого тиску протягом 3–5 хвилин. Коли високо на кінцівці виникає кровотеча і немає можливості накладення джгута, найоптимальнішим варіантом для зупинки кровотечі є накладення кровоспинного бинта; однак, якщо він є недоступним, можна застосувати звичайну *еластичну марлеву серветку*, яка залишається найпоширенішим матеріалом для тампонування рани<sup>6</sup>.



## Підготовка до тампонування рани

Коли сильну кровотечу виявлено вперше, рану слід розкрити для подальшого огляду. Одяг слід зняти безпечним способом, розірвавши його руками або розрізавши його безпечними ножицями або безпечним ножом у формі гачка. Не слід використовувати загострені ножі та інші гострі предмети, оскільки вони **часто призводять до додаткового випадкового травмування пораненого**.



Після визначення місцезнаходження рани, слід негайно спробувати зупинити кровотечу шляхом прямого тиску, поки медичне обладнання витягується та готується до застосування. Зокрема, для цього буде необхідно одягнути рукавичку та ввести палець у рану, щоб намацати джерело кровотечі, та натиснути на нього. Щоб легше було визначити джерело кровотечі, наповнені або переповнені кров'ю рани можна очистити, прибравши кров пальцем у рукавичці або промивши рану чистою водою.

## Тампонування рани

Спеціаліст із надання першої медичної допомоги має заповнити порожнину рани матеріалом для тампонування, як тільки останній буде вигнуто та підготовлено для

---

<sup>6</sup> Серед виробників кровоспинних бинтів можна назвати Celox, Quikclot, Hemcon, TraumaDex і Excel-Arrest. Хоча кровоспинні бинти застосовуються у дуже подібний спосіб до звичайної еластичної марлевої серветки, з кожним з них пов'язані додаткові ризики або фактори, які, однак, не є предметом поточної навчальної програми UNBFAC, а отже перед тим як застосовувати кровоспинний бинт, варто пройти додаткову підготовку.





## МОДУЛЬ 5

# ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРОХІДНОСТІ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ

### Вступ

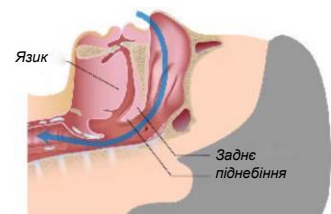
Після зовнішньої кровотечі другою за поширеністю причиною смерті на полі бою, якій можна було б запобігти, є утруднене дихання та труднощі з забезпеченням прохідності дихальних шляхів. У багатьох випадках поранений може дихати, маючи функціонуючу та здорову анатомію грудної клітини, проте через характер травми він не в змозі самостійно користуватися верхніми дихальними шляхами.

**До кінця цього модуля учасники курсу зможуть:**

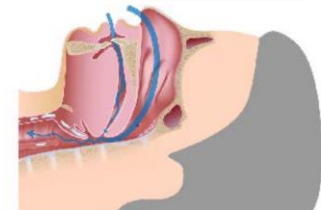
- пояснювати** основну причину ураження верхніх дихальних шляхів;
- демонструвати** техніку закидання голови – виведення підборіддя пораненого без свідомості;
- демонструвати** рятівне положення пораненого без свідомості з проблемою дихання;
- демонструвати**, як пораненому у свідомості прийняти положення сидячи з нахилом тулуба вперед.

### Анатомія верхніх дихальних шляхів

Верхні дихальні шляхи складаються з ротової та носової порожнин, а також повітроносного каналу аж до голосових зв'язок. Найпоширенішою причиною обструкції дихальних шляхів у поранених зі зміненим рівнем свідомості є язик. Коли втрачається контроль над м'язами язика, він через силу тяжіння падає до задньої стінки ший, блокуючи проходження повітря в легені.



У пораненого з обструкцією дихальних шляхів може початися необоротне ушкодження мозку вже через 4–9 хвилин. Найшвидшим і найефективнішим способом забезпечити прохідність дихальних шляхів пораненого та відновити дихання є техніка дихання та прийняття певної позиції.



### Закидання голови – виведення підборіддя

Для забезпечення прохідності верхніх дихальних шляхів пораненого якомога швидше застосовується метод «Закидання голови – виведення підборіддя». Він передбачає, що однією рукою здійснюється тиск на чоло пораненого, а іншою рукою піднімаються його підборіддя та щелепа, через що голова та шия закидаються назад. За цим методом на шийний відділ хребта пораненого без

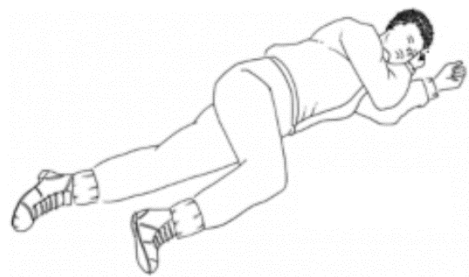


перебільшення здійснюється тиск, через що застосування цього методу слід уникати, якщо є суттєва підозра ушкодження ший (наприклад, внаслідок дорожньо-транспортної пригоди, падіння, ударів, у том числі по голові, або вибухів, які спричиняють підкидання пораненого у повітря).

Застосування методу «Закидання голови – виведення підборіддя» має додаткову перевагу – забезпечення прохідності дихальних шляхів без необхідності для спеціаліста з надання першої медичної допомоги постійно підтримувати голову пораненого, що дозволяє зазначеному спеціалісту тримати руки вільними для надання іншої допомоги. З цієї причини метод «Закидання голови – виведення підборіддя» є бажаним в умовах масового ураження живої сили, коли спеціалісти служби оперативного реагування часто не можуть постійно залишатися з тією самою потерпілою особою через велику кількість поранених.

### **Рятівне положення**

Рятівне положення дає пораненому без свідомості можливість самостійно забезпечувати прохідність своїх дихальних шляхів, запобігаючи звалюванню язика назад і відводячи будь-яку аспіровану рідину. Таке положення є найоптимальнішим, коли мова йде про непритомних поранених із загальними захворюваннями та поранених із травмами, але без ушкодження хребта.

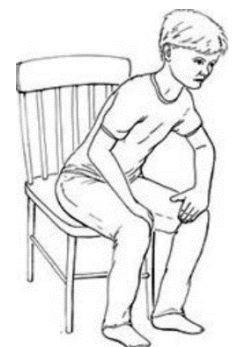


Крім того, поранених, у яких є ознаки наявності рідини в дихальних шляхах, слід перевести в рятівне положення для дренажу дихальних шляхів, що дозволить уникнути ушкодженню легенів.

Рятівне положення передбачає, що поранений лежить на боці, поклавши голову на верхню або нижню частину руки та виставивши коліно вперед для підвищення стабільності. Положення лівим боком донизу зменшує ймовірність потрапляння рідини зі шлунка в дихальні шляхи. Поранених слід перегортати з одного боку на інший кожні 30 хвилин, щоб зменшити ймовірність утворення пролежнів; при цьому поранених із ушкодженням грудної клітини слід розташовувати ушкодженою стороною донизу.

### **Положення сидячи з нахилом тулуба вперед**

Пораненим, які перебувають у свідомості та відчувають труднощі з диханням, слід дозволити прийняти *положення сидячи з нахилом тулуба вперед*. Зокрема, тим, хто має серйозну травму обличчя, таке положення дасть можливість найкращим чином забезпечити прохідність дихальних шляхів завдяки безперешкодному природному виведенню крові, тканин і рідини.



За пораненими, яким дозволено прийняти цю позицію, слід уважно стежити на предмет змін у їхньому психічному стані чи свідомості. Якщо поранений

втрачає свідомість, йому слід допомогти прийняти рятівне положення.



## МОДУЛЬ 6

# УШКОДЖЕННЯ ГРУДНОЇ КЛІТИНИ

### Вступ

Органи тіла можна умовно поділити на ті, які наповнені кров'ю (наприклад, печінка, селезінка та серце), і ті, які наповнені повітрям (легені, травна система). Більшу частину простору всередині грудної клітини займають легені, які забезпечують кров киснем. Коли поранений отримує ушкодження грудної клітини, простір усередині неї може заповнюватися кров'ю, повітрям або іншою рідиною, що перешкоджає нормальному розширенню легенів. Якщо в грудній порожнині пораненого є повітря або рідина, йому буде важко зробити нормальний вдих, що зменшить постачання кисню до мозку та органів тіла.

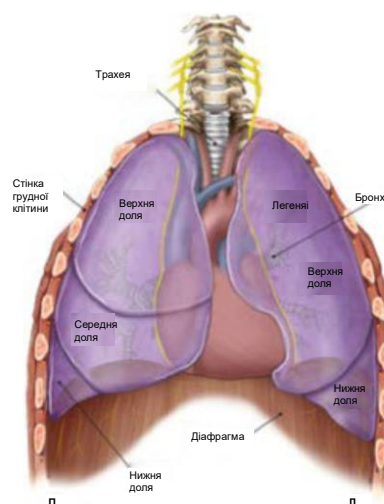
**До кінця цього модуля учасники курсу зможуть:**

- пояснювати** ознаки та симптоми відкритого поранення грудної клітини;
- вживати** оперативних заходів для герметизації поранень грудної клітини за допомогою руки у рукавичці або іншого оклюзійного матеріалу;
- підготовлювати** оклюзійну пов'язку та накладати її після сильного видиху з боку пораненого (за можливості);
- спостерігати** за пораненим для виявлення ознак напруженого стану, за необхідності відриваючи герметичну пов'язку.

### Ознаки відкритої рани грудної клітини

Будь-яке ушкодження на передній або задній частині тулуба пораненого над пупком слід вважати ушкодженням грудної клітини. Як вже зазначалося в попередніх модулях, у випадку отримання будь-якого поранення з сильною кровотечею перш за все необхідно зупинити кровотечу за допомогою джугів або тампонувати безпосередньо рану. У той самий час багато ушкоджень грудної клітини супроводжуються лише незначною кровотечею, проте їх можна побачити або почути завдяки «бульканню або шипінню».

Зазначені ушкодження слід герметично закрити за допомогою оклюзійної пов'язки. У продажу є декілька чудових оклюзійних пов'язок, які, за умови наявності, слід застосовувати в якості основного засобу надання медичної допомоги. Деякі з цих пов'язок мають невеликі клапани, які дозволяють повітрю виходити з грудей та одночасно запобігають проникненню повітря всередину. Якщо оклюзійні пов'язки не доступні у продажу, закрити грудну клітину можна за допомогою будь-якого герметичного матеріалу, як-от пластику, включаючи пластикову упаковку від інших перев'язувальних матеріалів,





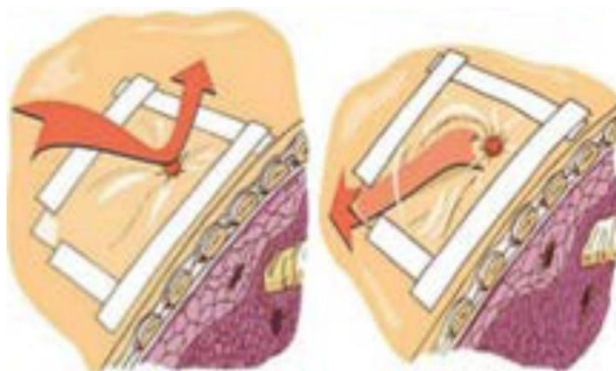
клейку стрічку або харчову плівку. При цьому важливо закрити рану таким чином, щоб повітря не потрапляло всередину грудної клітини.

Як тільки буде виявлено ушкодження грудної клітини, спеціаліст із надання першої медичної допомоги має негайно вжити заходів, щоб закрити рану та запобігти проникненню повітря всередину. Цього можна досягти:

- a) поклавши руку в рукавичці на рану; або
- b) надавши пораненому інструкції щодо того, як натиснути на рану з боків, щоб посунути м'язову тканину, закривши таким чином рану.

Після того як буде вжито такі негайні заходи, необхідно дістати оклюзійну пов'язку з індивідуальної аптечки першої медичної допомоги пораненого. Перед тим як накласти оклюзійну пов'язку, слід очистити місце ушкодження від сміття, крові та (або) поту, щоб пов'язка краще прилипла до шкіри навколо рани.

Якщо ви застосовуєте оклюзійну пов'язку, що є у продажу, переконайтеся, що клапан (якщо він є) розташований безпосередньо над відкритою раною. За відсутності будь-якої оклюзійної пов'язки, яка є продажу, можна застосувати клейку або медичну стрічку, приклеївши нею пластикову оболонку з усіх чотирьох боків, але залишивши один кут відкритим для забезпечення дренажу.



Після цього, незважаючи на те, що вже було вжито заходів для запобігання проникненню повітря через рани, спеціаліст із надання першої медичної допомоги має припустити, що наявність додаткових ран в легенях, всередині грудної клітини, є високоймовірною. Оскільки ми не можемо обробити ці рани, зазначений спеціаліст має усвідомлювати, що тиск у грудній клітині може продовжувати повільно зростати, через що пораненому буде дедалі важче дихати. За пораненими з ушкодженнями грудної клітини слід уважно спостерігати на наявність ознак утрудненого дихання, і їх необхідно якнайшвидше евакуювати для надання медичної допомоги наступного рівня. Якщо оклюзійна пов'язка забивається кров'ю або виглядає «надутою», її слід зняти та негайно замінити, щоб дозволити повітрю, яке потрапило всередину, вийти.



# МОДУЛЬ 7

## КОМПРЕСІЙНИЙ БАНДАЖ

### Вступ

Компресійний бандаж слід носити в індивідуальній аптечці першої медичної допомоги для використання з метою зупинки кровотечі, захисту рани від інфікування та, якщо це необхідно, сприяння зменшенню рухливості та фіксації інших перев'язувальних матеріалів. У випадку використання компресійного бандажу для зупинки кровотечі необхідно не забувати також, що за допомогою такого бандажу можна досягти вторинних цілей – застосування прямого тиску та, якщо це доцільно, тампонування рани.

**До кінця цього модуля учасники курсу зможуть:**

- відкривати** стерильну упаковку, не забруднюючи пов'язку;
- накладати** компресійний бандаж, застосовуючи техніку обгортання у формі літери «V»;
- накладати** компресійний бандаж, використовуючи техніку однієї руки;
- накладати** компресійний бандаж на голову;
- оцінювати** дистальний кровообіг, ступінь чутливості та моторику;
- проводити повторний огляд** рани, а також повторну оцінку дистального кровообігу, ступеня чутливості та моторики кожні 5 хвилин.



### Компресійна пов'язка

Компресійну пов'язку було розроблено спеціально для застосування у військових цілях; вона поставляється в подвійній вакуумній герметичній водонепроникній упаковці. Пов'язка доступна в різних розмірах (10 см, 15 см і 25 см) і має такі складові частини:

- високоякісний еластичний бинт зеленого кольору;
- велика біла стерильна серветка для перев'язки ран;
- пластикова натяжна планка, прикріплена над центром серветки для перев'язування;
- пластикові затискачі на кінці пов'язки.



### **Накладення компресійного бандажу**

Перед застосуванням компресійного бандажу необхідно спробувати зупинити всі сильні кровотечі шляхом накладення джгута або тампонування рани згідно з інформацією, наведеною в попередніх розділах. Компресійний бандаж слід застосовувати наступним чином:

- а) після того як буде відкрито упаковку компресійного бандажу, збережіть пластикову обгортку для подальшого використання;

- b) розгорніть компресійний бандаж, уникаючи торкання або забруднення білої абсорбуючої прокладки;
- c) накладіть компресійний бандаж білою абсорбуючою прокладкою на рану, застосувавши для цього обидві руки. Пластикова *натяжна планка* має розміщуватися безпосередньо над центром рани;
- d) рівномірно і постійно натискаючи на компресійний бандаж з обох сторін, обгорніть ним кінцівку або тулуб;
- e) обгорніть компресійним бандажем абсорбуючу прокладку з обох боків так, щоб сформувати англійську літеру «V», залишаючи *натяжну планку* на поверхні;

*примітка: якщо компресійний бандаж застосовується для обгортання тулуба, слід докласти всіх зусиль, щоб зробити це під час глибокого вдиху з боку пораненого. Якщо цього не зробити, дихання пораненого може виявитися обмеженим. Необхідно уважно стежити за диханням;*



- f) протягніть компресійний бандаж через *натяжну планку* і накладіть його поверх планки у зворотньому напрямку, притиснувши *натяжну планку* для формування додаткового тиску безпосередньо на місце поранення;
- g) продовжуйте обгортати кінцівку або тулуб компресійним бандажем, після чого закріпіть його кінець, засунувши пластикові затискачі під бандаж;
- h) після накладення будь-якої еластичної пов'язки необхідно стежити за кровообігом, чутливістю та моторикою. Будь-які зміни в кровообігу, чутливості та моториці можуть вказувати на те, що компресійний бандаж зменшує належний кровообіг у кінцівці або перешкоджає йому, через що, можливо, буде необхідно послабити бандаж. Кожні 5 хвилин слід здійснювати повторний огляд і перевірку рани з точки зору кровообігу, чутливості та моторики, доки пораненому не буде надано належну медичну допомогу.



### **Накладення компресійного бандажу однією рукою**

Поруч із абсорбуючою прокладкою компресійного бандажа вшита петля, мета якої – полегшити накладення бандажу однією рукою та його самонакладення на ушкоджену руку. Якщо просунути поранену руку через петлю, можна зсунути компресійний бандаж на необхідне місце та щільно обгорнути ним поранену руку. Кожні 5 хвилин слід здійснювати повторний огляд і перевірку рани з точки зору кровообігу, чутливості та моторики, доки пораненому не буде надано належну медичну допомогу.



## Накладення компресійного биндажу на голову

Якщо поранений отримав травму голови і вона кровоточить, в першу чергу слід застосувати компресійний биндаж, а не тампонування рани, оскільки останнє може спричинити підвищення тиску всередині черепа, що матиме негативний вплив на мозок.

Розмістіть абсорбуючу прокладку компресійного биндажу над раною і забезпечте легкий прямий тиск протягом щонайменше 5 хвилин, щоб проконтролювати процес кровотечі. Оскільки у голові розташовано дуже багато судин, навіть невеликі порізи, як виявляється, спричиняють значний вилив крові.



Кров або рідину, яка витікає з вух або носа, слід злегка прикрити, не перешкоджаючи її виліву, оскільки вона може свідчити про підвищений тиск усередині черепа. Закрийте отвори для захисту від інфекції. Кожні 5 хвилин слід здійснювати повторний огляд і перевірку рани з точки зору кровообігу, чутливості та моторики, доки пораненому не буде надано належну медичну допомогу.

## Висновок

Компресійний биндаж – це корисний засіб першої медичної допомоги, який призначено для того, щоб зупинити повільну кровотечу низького тиску та захищати рану від інфікування. Проте він не зможе ефективно зупинити суттєву артеріальну кровотечу. Альтернативними методами, які слід застосувати у випадку сильної зовнішньої кровотечі, залишаються накладення джгута та тампонування рани з використанням еластичної марлевої серветки та застосуванням прямого тиску. Після застосування цих методів можна накласти компресійний биндаж як допоміжний засіб для запобігання сповзанню перев'язувального матеріалу.

## Нотатки

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



## МОДУЛЬ 8

### РОЗЛАДИ, ВИКЛИКАНІ ВПЛИВОМ ТЕПЛОВОЇ ЕНЕРГІЇ

#### Вступ

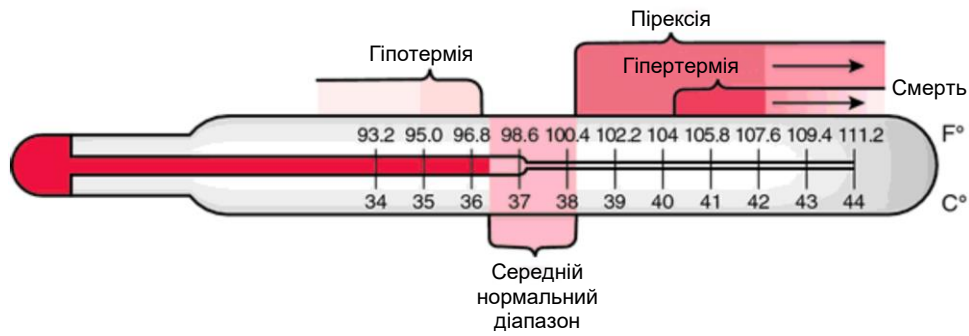
Ядро або центр тіла людини працює найефективніше в дуже незначному діапазоні температур. Коли мозок і органи тіла піддаються впливу температур, що виходять за межі цього нормального діапазону, у них може спостерігатися тимчасова або постійна дисфункція або ушкодження. Співробітники ООН часто працюють у різних кліматичних умовах і піддаються як високій, так і низькій зовнішній температурі, що може мати негативний вплив на функціонування організму. Зважаючи на це, персоналу ООН необхідно вміти розпізнавати ознаки та симптоми розладів, викликаних впливом теплової енергії, а також завчасно вживати належних заходів для запобігання погіршенню стану.

До кінця цього модуля учасники курсу зможуть:

- a) *обговорювати* нормальний тепловий діапазон організму;
- b) *вказувати* ознаки та симптоми теплового виснаження та теплового удару;
- c) *обговорювати* важливість гідратації та відновлення електролітів;
- d) *надавати* медичну допомогу пораненому з тепловим ударом, отриманим внаслідок фізичного навантаження, за допомогою методів швидкого охолодження;
- e) *виявляти* поранених з важкою гіпотермією та *надавати їм медичну допомогу*.

#### Теплове виснаження та тепловий удар

Мозок людини та органи тіла можуть ефективно функціонувати у відносно невеликому діапазоні температур. Здатність організму ізолювати своє ядро від впливу зовнішніх температурних змін для забезпечення оптимального функціонування залежить від взаємодії шкіри та інших органів. У переважній більшості випадків таке функціонування досягається завдяки процесам потовиділення та тремтіння.



< 35.7
35.8 - 36.9
37.0 - 37.5
37.6 - 38.0
38.1 - 38.5
38.6 - 39.4
39.5 - 42.0

У багатьох місцях ООН, де денна температура може легко перевищувати 40–50°C, організм іноді намагається охолодитися. Ситуацію погіршують фізичні навантаження та застосування ЗІЗ, як-от бронезилети та довгий одяг. Для охолодження організм вдається до випаровування поту, який сам і виробляє, а отже організм втрачає вологу та різні електроліти, зокрема натрій та калій. За екстремальних обставин доросла людина може втрачати до 2–4 літрів рідини щогодини, наприклад під час тривалої фізичної активності у жаркому вологому кліматі. Якщо цю рідину та електроліти не поповнити, у людини може розвинутися *теплове виснаження* і, зрештою, може виникнути небезпечний для життя стан, відомий як *тепловий удар*.

Коли органи тіла та м'язова тканина втрачають рідину, вони компенсують її з жирових клітин і циркулюючої крові, що призводить до підвищення частоти серцевих скорочень у намаганні підтримати артеріальний тиск на належному рівні. Серед ознак *теплого виснаження* є такі:

- надмірне потовиділення;
- легкі головні болі;
- запаморочення та (або) сплутаність свідомості;
- втрата апетиту.

Якщо рівень рідини та електролітів не відновити швидко, рівень свідомості пораненого й далі знижуватиметься, що призведе до *теплого удару*. До ознак *теплого удару*, зокрема, належать такі:

- пульсуючий головний біль;
- незначна пітливість або її відсутність;
- блювота;
- суха та гаряча на дотик шкіра червоного кольору
- втрата свідомості (знепритомнення).



*Тепловий удар* – це надзвичайний медичний стан, через який поранений може зазнати незворотних ушкоджень мозку та інших органів, якщо не вжити негайних заходів. Медична допомога, що надається у випадку *теплого удару* в спекотних польових умовах, називається «*швидким охолодженням*» і передбачає такі заходи:

- якомога швидше звернутися за допомогою до медичного працівника;
- перемістити пораненого в тінь, якщо це можливо;
- зняти одяг із пораненого (крім білизни);
- вилити воду на пораненого нижче шиї. Використовуйте якомога більше води (приблизно 40–80 л);
- забезпечити внутрішньовенне введення рідини медичним працівником.

### **Профілактика розладів, викликаних впливом теплової енергії**

*Тепловому виснаженню* та *тепловому удару* можна запобігти шляхом забезпечення належного харчування, гідратації та періодичного відпочинку. Зазвичай миротворці мають відпочивати принаймні 10 хвилин протягом кожної години тривалої фізичної активності. Питна вода має вирішальне значення, але одного цього недостатньо, оскільки вона не замінить електролітів, які втрачаються внаслідок потовиділення.

Щоб забезпечити стабільну внутрішню температуру свого тіла, персоналу ООН у середовищі з високою температурою рекомендується постійно вживати воду та розчини для пероральної регідратації.

	Натрій (мг/л)	Калій (мг/л)
Обсяг споживання в день*	2300	4700
Піт	900	200
Вода	0	0
Розчин для пероральної регідратації	3500	1500
Банан	1	290–540
Апельсиновий сік	28	1784
Солоні чіпси	130	400
Педіаліт	1000	750
Гаторейд	440	120
Пауерейд	220	120
Кока-Кола	136	0

*Примітка: усі одиниці є приблизними*

### **Гіпотермія**

У деяких районах місії серед персоналу може спостерігатися важка гіпотермія через умови навколишнього середовища або тривалу сидячу роботу на відкритому повітрі у вологому одязі або під сильним вітром. У таких випадках, коли температура тіла падає нижче 32°C, гіпотермія може призвести до колапсу та смерті. Легку форму гіпотермії (32°C–36°C) можна ідентифікувати за такими ознаками:

- тремтіння;
- бурчання (скарги);
- бурмотіння;
- спотикання (втрата стійкості або труднощі зі стоянням/ходьбою);

- незграбне поводження з чимось (нездатність належним чином тримати або робити щось руками);
- перекидання (падіння або знесилення).

Медична допомога у випадку *гіпотермії* передбачає:

- зміна холодного середовища на інше;
- зняття та заміна мокрого одягу;
- легка фізична активність (якщо це безпечно);
- споживання теплої рідини (наприклад, чаю або супу).

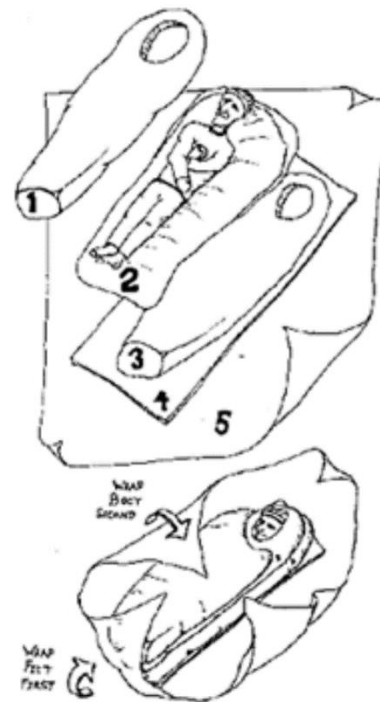
### **Важка гіпотермія**

Якщо не вжити заходів для усунення легкої гіпотермії, стан пораненого може погіршитися далі, аж до розвинення *важкої форми гіпотермії* (<32°C), яка характеризується втратою свідомості. Такий важкий стан слід лікувати за допомогою *гіпотермічного обгортання*.

Гіпотермічне обгортання призначене для збереження якомога більшого об'єму тепла тіла, щоб природні механізми нагрівання пораненого могли самі відновити базову температуру тіла.

Слід замінити на поранених будь-який мокрий одяг теплим одягом з натурального волокна, як-от вовна, а також загорнути їх в одяг із декількох шарів й інший ізоляційний матеріал, включаючи спальні мішки, захисне спорядження від дощу та намети або брезент.

Зважаючи на те, що гіпотермічну обгортку не варто відкривати для перевірки стану пораненого, не рекомендується практикувати обмін теплом тіла (коли здорова людина користується гіпотермічною обгорткою разом з пораненим), оскільки постійне відкривання та закривання гіпотермічної обгортки значно знижують її ефективність.



## Нотатки

---



---



---



---



---



---



---



## МОДУЛЬ 9.

### МЕТОДИ ПЕРЕМІЩЕННЯ ПОРАНЕНИХ

#### Вступ

За звичайних обставин переміщення пораненого – це небезпечне завдання, яке мають виконувати виключно підготовлені медичні працівники. Небезпечний рух пораненого може ушкодити нестабільний хребет пораненого, посилити неконтрольовану кровотечу та ще більше травмувати пораненого. Проте за деяких обставин переміщення пораненого є необхідним для того, щоб запобігти подальшому травмуванню його життєво важливих органів або отримати доступ до інших важкопоранених.

До кінця цього модуля учасники курсу зможуть:

- демонструвати* безпечну техніку підйому важких предметів;
- пояснювати* різницю між звичайними, невідкладними та екстремими переміщеннями;
- демонструвати* перетягування пораненого за участі однієї особи та 2 осіб;
- демонструвати* носіння пораненого за методом «Королівський трон»;
- демонструвати*, як застосовується метод «Евакуаційні стропи»;
- пояснювати*, у чому полягає метод пожежників.

#### Техніка безпечного підйому

Щороку тисячі парамедиків і медичних працівників молодшої та середньої ланки отримують травми спини внаслідок підйому та переміщення поранених. У багатьох випадках цього можна уникнути, якщо дотримуватися належної техніки та знати свої індивідуальні обмеження. Намагаючись підняти або перетягнути пораненого, *спеціаліст із надання першої медичної допомоги*, має переконатися, що він тримає власний хребет прямо і піднімає пораненого за допомогою великих груп м'язів верхніх кінцівок. Звичайні вправи та розтяжка гарантують належну підготовку зазначеного спеціаліста до підйому важких предметів, якщо у цьому виникне потреба. Серед найпоширеніших причин травмування під час спроби підняти або перемістити той чи інший важкий предмет, наприклад непритомного пораненого, – сутулість у плечах, незгібання колін і надмірне витягування тулуба вперед.



## Звичайні, невідкладні та екстрені переміщення

Як уже згадувалося, переміщення пораненого не обходиться без ризику як для спеціаліста з надання першої медичної допомоги, так і для пораненого. Зважаючи на це, спеціаліст із надання першої медичної допомоги завжди має запитувати себе: «Чи справді мені потрібно перемістити цього пораненого, і якщо так, то наскільки важливо перемістити цього пораненого зараз?» У більшості випадків переміщення пораненого має здійснюватися під керівництвом санітарного інструктора; однак у надзвичайних ситуаціях необхідність перемістити пораненого може постати й перед спеціалістом із надання першої медичної допомоги.

Переміщення пораненого можна розділити на три категорії:

- I. *Екстрені переміщення* – це переміщення, які негайно необхідні для збереження життя пораненого або іншої особи. Вони можуть передбачати вилучення пораненого з палаючого автомобіля або переміщення непритомного пораненого для отримання доступу до іншого пораненого, який не дихає. Під час екстрених переміщень завдання забезпечити безпеку хребта пораненого вважається другорядним з точки зору безпосередньої загрози життю і часто виконується лише *спеціалістом із надання першої медичної допомоги*.
- II. *Невідкладні переміщення* – це переміщення в умовах, коли, зокрема, потреба в негайному переміщенні відсутня, проте очікування на прибуття всього комплексу спеціалізованого персоналу та (або) обладнання може завдати шкоди здоров'ю пораненого. До переміщень, які підпадають під категорію «невідкладних», зокрема, належать переміщення поранених із травмами на гнучких носилках або з використанням інших методів переміщення, які передбачають вживання додаткових заходів для знерухомилення хребта, часто за участі кількох спеціалістів із надання першої медичної допомоги та з обмеженим залученням обладнання.
- III. *Звичайні переміщення* – це методи переміщення, що, зокрема, передбачають переміщення поранених, які часто є стабільними, можуть рухатися самостійно або чекають на виконання професійними медичними працівниками процедур, що забезпечують повне знерухомилення хребта.

### **Метод перетягування**

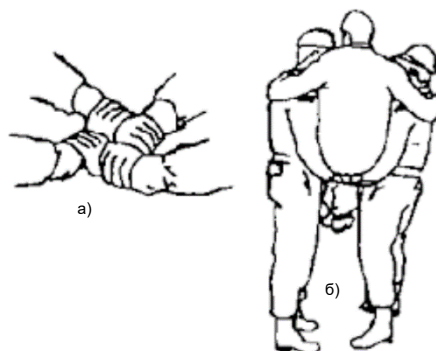
Метод перетягування – це метод екстреного переміщення, що застосовується одним або двома спеціалістами з надання першої медичної допомоги для переміщення потерпілого на незначну відстань у безпечне місце. Він забезпечує мінімальний захист хребта, але дозволяє переміщувати пораненого без залучення обладнання та за участі обмеженої кількості рятувальників. Для застосування цього методу необхідно присісти позаду пораненого, протягнути свої руки під руки пораненого та захопити своїми



руками зап'ястя пораненого. Після цього спеціаліст із надання першої медичної допомоги випрямляє ноги, тримаючи спину прямою.

### Метод «Королівський трон»

Метод «Королівський трон» передбачає залучення двох спеціалістів із надання першої медичної допомоги для перенесення пораненого у свідомому або напівсвідомому стані. Для цього особи беруть друг друга за зап'ястя, утворюючи стілець або «трон», на який сідає поранений. Знову ж таки, слід звернути увагу на те, щоб згинання та підйом здійснювалися безпечним способом.



### «Евакуаційні стропи»

«Евакуаційні стропи» – це метод евакуації у надзвичайних обставинах, який передбачає створення системи швидкої евакуації непритомного пораненого з застосуванням петлі з трубчастої нейлонової стрічки шириною 2,5 см (1 дюйм) та довжиною 6,5 м (22 фути). Для цього петля розміщується навколо тіла пораненого та протягується між його ніг і далі навколо грудної клітини пораненого, як показано на малюнку. Метод «Евакуаційні стропи» може застосовуватися одним або двома рятувальниками, зокрема як допоміжний засіб під час підняття пораненого лебідкою або його евакуації літаком.



### Метод пожежників

Метод пожежників дозволяє одному рятувальнику нести пораненого протягом більш тривалого періоду, ніж багато методів перетягування. Його застосування потребує практики задля забезпечення безпеки і передбачає можливість залучення ще одного рятувальника для підняти пораненого на плечі першого рятувальника.





## НАВЧАЛЬНИЙ КУРС ОРГАНІЗАЦІЇ ОБ'ЄДНАНИХ НАЦІЙ З НАДАННЯ ПЕРШОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТОВАРИШУ

### МАТРИЦЯ КОМПЕТЕНТІСНОГО ОЦІНЮВАННЯ

<b>КОМПЕТЕНЦІЯ №1</b> Визначати роль учасника курсу в наданні першої медичної допомоги та алгоритм дій під час медичної евакуації	Результат (зараховано/ не зараховано)
пояснювати терміни «перша медична допомога» та давати визначення функціям «спеціаліста з надання першої медичної допомоги»;	
називати різні рівні кваліфікації в рамках догоспітальної екстреної медицини;	
пояснювати «доктрину 10:1:2» у контексті екстреної евакуації персоналу Організації Об'єднаних Націй;	
пояснювати, у чому полягають три етапи надання допомоги у контексті їхнього зв'язку з тактичною медициною;	
визначати різні рівні закладів охорони здоров'я у системі евакуації ООН.	

<b>КОМПЕТЕНЦІЯ №2</b> Використовувати акронім SCENE-MARCH для визначення пріоритетності надання медичної допомоги	
пояснювати значення акроніму SCENE MARCH (відповідною мовою);	
надавати сигнал оповіщення про настання надзвичайної ситуації;	
пояснювати значення шкали AVPU для оцінки реакції потерпілої особи;	
називати різні методи зупинки зовнішньої кровотечі.	

<b>КОМПЕТЕНЦІЯ №3</b> Належне накладення артеріального джгута для зупинки небезпечної для життя кровотечі на кінцівках	Результат (зараховано/ не зараховано)
визначати складові артеріального джгута;	
підготовлювати та ефективно зберігати джгут для застосування техніки однієї руки;	
самостійно накладати джгут на верхню частину руки за допомогою техніку однієї руки;	
накладати джгут пораненому за допомогою техніки двох рук;	
застосовувати ефективний імпровізований джгут-турнікет.	

<b>КОМПЕТЕНЦІЯ №4</b> Належним чином застосовувати еластичний бинт для зупинки зовнішньої кровотечі на довгих кінцівках, яка не дозволяють накладати джгут.	Результат (зараховано/ не зараховано)
розкривати травму, безпечно відрізавши одяг пораненого;	
застосовувати прямий тиск для зупинки кровотечі, доки не буде готова марлева серветка;	
видаляти надлишок крові з рани за допомогою марлевої серветки або засобів для очищення рани (за необхідності);	
тампонувати порожнину рани до кістки;	
застосовувати прямий тиск протягом 5–30 хвилин.	



<b>КОМПЕТЕНЦІЯ №5</b> Забезпечувати прохідність дихальних шляхів пораненого за допомогою вибору відповідної позиції та фіксації руками	Результат (зараховано/ не зараховано)
пояснювати основну причину ураження верхніх дихальних шляхів;	
демонструвати техніку закидання голови – виведення підборіддя пораненого без свідомості;	
демонструвати рятівне положення пораненого без свідомості з проблемою дихання;	
демонструвати, як пораненому у свідомості прийняти положення сидячи з нахилом тулуба вперед.	

<b>КОМПЕТЕНЦІЯ №6</b> Виявляти та закривати відкриті ушкодження грудної клітини за допомогою оклюзійної пов'язки	Результат (зараховано/ не зараховано)
пояснювати ознаки та симптоми відкритого поранення грудної клітини;	
вживати оперативних заходів для герметизації рани грудної клітини за допомогою руки у рукавичці або іншого оклюзійного матеріалу;	
підготовлювати оклюзійну пов'язку та накладати (бажано) її після сильного видиху з боку пораненого;	
спостерігати за пораненим для виявлення ознак напруженого стану, за необхідності відриваючи герметичну пов'язку.	

<b>КОМПЕТЕНЦІЯ №7</b> Накладати компресійну пов'язку для сприяння зупинці кровотечі	Результат (зараховано/ не зараховано)
відкривати стерильну упаковку, не забруднюючи пов'язку;	
накладати компресійний бандаж, застосовуючи техніку обгортання у формі літери «V»;	
накладати компресійний бандаж, використовуючи техніку однієї руки;	
накладати компресійний бандаж на голову;	
оцінювати дистальний кровообіг, ступінь чутливості та моторику;	
проводити повторний огляд рани, а також повторну оцінку дистального кровообігу, ступеня чутливості та моторики кожні 5 хвилин.	

<b>КОМПЕТЕНЦІЯ №8</b> Виявляти та надавати допомогу пораненому з розладами, викликаними впливом теплової енергії	Результат (зараховано/ не зараховано)
обговорювати нормальний тепловий діапазон організму;	
вказувати ознаки та симптоми теплового виснаження та теплового удару;	
обговорювати важливість гідратації та відновлення електролітів;	
надавати медичну допомогу пораненому з тепловим ударом, отриманим внаслідок фізичного навантаження, за допомогою методів швидкого охолодження;	
виявляти пораненого з важкою гіпотермією та надавати йому медичну допомогу.	

КОМПЕТЕНЦІЯ №9 Демонструвати методи невідкладного й екстреного переміщення поранених	Результат (зараховано/ не зараховано)
демонструвати безпечну техніку підйому важких предметів;	
пояснювати різницю між звичайними, невідкладними та екстреними переміщеннями;	
демонструвати перетягування пораненого за участі однієї особи та 2 осіб;	
демонструвати носіння пораненого за методом «Королівський трон»;	
демонструвати, як застосовується метод «Евакуаційні стропи»;	
пояснювати, у чому полягає метод пожежників.	

## НАВЧАЛЬНИЙ КУРС ОРГАНІЗАЦІЇ ОБ'ЄДНАНИХ НАЦІЙ З НАДАННЯ ПЕРШОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТОВАРИШУ

### ІНСТРУМЕНТ ОЦІНЮВАННЯ УЧАСНИКІВ КУРСУ

Прізвище учасника		Дата	
Ім'я учасника		Ід. номер	
Група/підрозділ/організація			
Місце проведення/знаходження			
	Початкова оцінка	(обвести правильний варіант)	Повторна оцінка

#### Інструкції для інструктора/особи, яка здійснює оцінювання:

- ця форма підлягає заповненню інструктором, який проводить оцінювання;
- виберіть один сценарій з варіантів, наведених на зворотній сторінці;
- поставте «зарах.» у полі, що стосується критеріїв, які було успішно підтверджено;
- поставте «не зарах.» у полі, що стосується критеріїв, які не було успішно підтверджено;
- інструктор, який здійснює оцінювання, має поставити свій підпис і дату внизу форми.

Номер сценарію:		
Ідентифікатор	Критерії оцінки	Результат
a.	Оцінює місце події за критеріями SCENE, використовує укриття та застосовує методи виключення контакту з речовинами тіла, включаючи використання рукавичок	
b.	Зупиняє будь-які кровотечі, що загрожують життю, протягом не більш ніж 2 хвилин	
c.	Виявляє безпосередні загрози життю та надає відповідну медичну допомогу протягом не більш ніж 5 хвилин	
d.	Проводить ретельний огляд пораненого з голови до ніг, включаючи спину	
e.	Спостерігає за пораненим, вживає повторних заходів і здійснює повторний огляд кожні 5 хвилин	
f.	Ініціює виклик допомоги протягом 10 хвилин	

#### Коментарі інструкторів:

---



---



---



---

#### Відомості про інструкторів:

Інструктори Прізвище		Ід. номер	
-------------------------	--	-----------	--

## НАВЧАЛЬНИЙ КУРС ОРГАНІЗАЦІЇ ОБ'ЄДНАНИХ НАЦІЙ З НАДАННЯ ПЕРШОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТОВАРИШУ

### Опис сценаріїв

1. Під час щоденної зупинки у вашому базовому таборі 32-річна жінка-солдат знаходиться всередині будівлі, в яку щойно влучила міна великого калібру. Хитаючись, поранена виходить із будівлі; вона дивиться вдалину і не реагує на *голосові* команди. На формі пораненої в районі живота утворюється велика пляма крові, а сама поранена тримає частково відірване ліве передпліччя. ЧДР пораненої складає 24 дихальні рухи у хвилину.
2. Під час засідки на узбіччі дороги 28-річний солдат отримує осколкові поранення грудної клітини, живота та стегна внаслідок детонації снаряду від РПГ поблизу його позиції. Його нога *постійно* кровоточить. Поранений лежить на спині з повним комплектом ЗІЗ і не виявляє ознак *дихання*, доки йому не забезпечується прохідність дихальних шляхів; у цей момент у нього починає спостерігатися поверхневе дихання з частотою 28 дихальних рухів. Поранений *взагалі не реагує*.
3. Під час штурму ворожої позиції 23-річний солдат отримує вогнепальне поранення в сусідній кімнаті. Ви другим заходите до кімнати після стрілянини і бачите, що перший солдат вступив у бій і накриває вогнем одного нападника. Ваш колега сидить; в нього вогнепальне поранення обличчя та плеча, яке *сильно кровоточить*. Він кричить від болю, але реагує на ваші команди, має повний тонус м'язів і стабільний хребет).
4. Ваш польовий табір щойно обстріляли ракетами. Здається, нових ракет, що наближалися б, наразі немає. Троє поранених потрапляють в укриття, де перебуваєте і ви (у кожного з них є своя індивідуальна аптечка першої медичної допомоги):  
Поранений №1 – 27-річний військовослужбовець, який взагалі не реагує, має сильну кровотечу на животі та зяючу рану над коліном; після того як забезпечено прохідність дихальних шляхів, поранений починає дихати.  
Поранений №2 – 14-річний місцевий хлопець, який працював у підрядника з життєзабезпечення табору; він реагує на біль, має важке поранення з великою раною на нижній частині руки та поранення грудної клітини осколком середнього розміру, що стирчить спереду та ззаду.  
Поранений №3 – 36-річна жінка-співробітниця, яка притомна і відчуває сильний біль. У неї, схоже, перелом стегнової кістки з сильною кровотечею.
5. 42-річний сержант старшого сержантського складу хапається за груди посеред інструктажу й падає на підлогу. Перш ніж перестати реагувати на будь-що та втратити ознаки дихання та пульсу, він каже, що не може дихати.
6. 25-річна жінка-військовослужбовець отримала важке поранення гомілковостопного суглоба під час приземлення з парашутом. Після вашого прибуття поранений виглядає блідим та реагує на голос. Ознак зовнішньої кровотечі немає, хоча під час огляду з голови до ніг можна визначити біль і нестабільність в області тазу. ЧДР пораненого становить 22 дихальних рухи.

### Керівні принципи оцінювання

- Учасник не має бачити рольових гравців або місце події, доки не почнеться рольова гра за сценарієм
- Учасника слід проінформувати про інцидент та загальні обставини, але не про стан пораненого
- Взаємодія між особою, яка здійснює оцінювання, та учасником має обмежуватися мотивацією, необхідною для того, щоб сприяти прийняттю рішення (наприклад, «кровотеча зупинилася», «грудна клітина не здимається»)
- У випадку критичної помилки слід негайно зупинити рольову гру за сценарієм і представити зауваження та пропозиції

**НАВЧАЛЬНИЙ КУРС ОРГАНІЗАЦІЇ ОБ'ЄДНАНИХ НАЦІЙ З НАДАННЯ ПЕРШОЇ  
МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТОВАРИШУ  
КАРТКА ОБЛІКУ ПРОХОДЖЕННЯ КУРСУ**

Дата		Інструктор	
Місце проведення/ знаходження		Спеціаліст з питань забезпечення безпеки	
Група/підрозділ/ організація			

Іденти- фікатор	ПРІЗВИЩЕ	Ім'я	Ід. номер	Підрозділ/ організація	Стать Ч/Ж	Результат навчання													
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			

## ПЕРЕЛІК МАТЕРІАЛЬНО-ТЕХНІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ

(для 10 учасників)

Іденти-фікатор	Найменування	Кількість	Коментарі
i	Нітрилові захисні хірургічні рукавички, коробка на 50 од.	2	
ii	Джгут бойового застосування (САТ)	10	
iii	Джгут із гумової трубки	10	
iv	Рулон еластичного бинта довжиною 4 м	10	
v	Компресійний бандаж	10	
vi	Оклюзійна пов'язка для герметизації грудної клітини	10	
vii	Розчин для пероральної регідратації	10	
viii	Муляж крові для тренування об'ємом 500 мл	10	
ix	Манекен із пораненням кінцівки (факультативно)	2	
x	Манекен із пораненням черевної порожнини (факультативно)	2	
xi	Манекен із пораненням грудної клітини (факультативно)	2	
xii	Манекен для практикування серцево-легеневої реанімації (факультативно)	2	
xiii	Манекен людини з травмою вагою 80 кг	2	
xiv	Каністра з водою об'ємом 20 л	2	
xv	Спальний мішок	2	
xvi	Пончо/дощовик	2	
xvii	Брезент або плащ-палатка	2	
xviii	Шерстяний пуловер/джерпер	2	
xix	Біла дошка	2	
xx	Підставка	2	
xxi	Маркери, що легко стираються (чорний, червоний, синій, зелений)	2	

## Список скорочень

ЗІЗ	Засоби індивідуального захисту
ЗОЗ	Заклад охорони здоров'я
МІСЦЕ ПОДІЇ (SCENE)	Безпека (Safety), причина (Cause), навколишнє середовище (Environment), кількість поранених (Number of Casualties), додаткові ресурси (Extra resources)
ООН	Організація Об'єднаних Націй
AVPU	Alert – притомний, Voice – реагує на голос, Pain – реагує на біль, Unresponsive – взагалі не реагує
BFAC	Навчальний курс з надання першої медичної допомоги товаришу
CAT	Джгут бойового застосування
MARCH	Масивна кровотеча (Massive bleeding), дихальні шляхи (Airway), дихання (Respirations), кровообіг (Circulations), гіпотермія (Hypothermia)
UNBFAC	Навчальний курс Організації Об'єднаних Націй з надання першої медичної допомоги товаришу



## Перелік використаної літератури

- a) United Nations (2015). *Uniting Our Strengths For Peace - Politics, Partnerships and People: Report of the High-level Independent Panel on United Nations Peace Operations*. New York, United Nations.
- b) A/70/357-S/2015/682 – *Official Records of the General Assembly, Seventieth Session: The future of United Nations peace operations: Implementation of the recommendations of the High-level Independent Panel on Peace Operations*, New York, United Nations.
- c) United Nations (2015). *Medical Support Manual for United Nations Field Missions (3<sup>rd</sup> Edition)*. New York, United Nations
- d) A/C.5/69/18 – *Official Records of the General Assembly, Fifth Committee, Sixty-ninth Session: Manual on Policies and Procedures Concerning the Reimbursement and Control of Contingent-Owned Equipment of Troop/Police Contributors Participating in Peacekeeping Missions (COE Manual)*. New York, United Nations.
- e) Kennedy, K. (2012) *Standard Operating Procedure - Planning for Training of Trainers Courses*, New York, United Nations (UNDPKO)
- f) Israel Defence Force. *Critical Minutes: Military Life Saver Instructor Handbook*, Tel Aviv
- g) Bloom, B. *Blooms Taxonomy of Learning*, [www.bloomstaxonomy.org/](http://www.bloomstaxonomy.org/) [Переглянуто у 2017 р.]
- h) Joint Trauma System (JTS) – Committee on Tactical Combat Casualty Care (CoTCCC). *Tactical Combat Casualty Care Guidelines for All Combatants 31 January 2017* [онлайн]. Доступно за посиланням: [www.cotccc.com/all-combatants/](http://www.cotccc.com/all-combatants/) [Переглянуто у 2017 р.]
- i) Mosby Jems/Elsevier (eds) (2011). *PHTLS: Pre-Hospital Trauma Life Support – Military Edition*. St. Louis, MO.
- j) O’Kelly, A. De Mello, W. et.al (2017). *Remote & Austere Medicine – Field Guide for Practitioners*, Malta, College of Remote and Offshore Medicine.
- k) Ruyffelaere, Farria, D & Wyper, R (2012). *UN Security Officers’ Emergency Trauma Bag (ETB) First Responder Manual (Rev. 2)*. New York, United Nations (UNDSS).