

МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ  
ДНІПРОПЕТРОВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ВНУТРІШНІХ СПРАВ

# ДІЇ ПРАЦІВНИКІВ НАЦІОНАЛЬНОЇ ПОЛІЦІЇ ПІД ЧАС ЗУПИНКИ КРИТИЧНОЇ КРОВОТЕЧІ В УМОВАХ ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ

Методичні рекомендації



Видавництво  
«Юридика»  
2024

**Авторський колектив:**

**Чаплинський Костянтин** – завідувач кафедри криміналістики та домедичної підготовки Дніпропетровського державного університету внутрішніх справ, д. ю. н., професор; **Бідняк Ганна** – доцент кафедри криміналістики та домедичної підготовки Дніпропетровського державного університету внутрішніх справ, к. ю. н., доцент; **Бідняк Валентин** – старший оперуповноважений УСР в Дніпропетровській області ДСР НП України, к. ю. н.; **Єфімов Микола** – професор кафедри криміналістики та домедичної підготовки Дніпропетровського державного університету внутрішніх справ, д. ю. н., професор; **Коротаєв Володимир** – директор Дніпропетровського НДЕКЦ МВС України, к. ю. н., доцент, академік Української академії наук; **Кривошук Олександр** – викладач кафедри криміналістики та домедичної підготовки Дніпропетровського державного університету внутрішніх справ; **Пиріг Ігор** – професор кафедри криміналістики та домедичної підготовки Дніпропетровського державного університету внутрішніх справ, д. ю. н., професор; **Плетенець Віктор** – професор кафедри криміналістики та домедичної підготовки Дніпропетровського державного університету внутрішніх справ, д. ю. н., професор; **Никифорова Олена** – доцент кафедри криміналістики та домедичної підготовки Дніпропетровського державного університету внутрішніх справ, к. біол. н., доцент; **Павлова Наталія** – доцент кафедри криміналістики та домедичної підготовки Дніпропетровського державного університету внутрішніх справ, к. ю. н., доцент; **Приловський Володимир** – доцент кафедри криміналістики та домедичної підготовки Дніпропетровського державного університету внутрішніх справ, к. ю. н.

**Рецензенти:**

**Юлія Черноус** – доктор юридичних наук, професор кафедри криміналістики та судової медицини Національної академії внутрішніх справ;

**Тетяна Турицька** – доцент кафедри загальної медицини з курсом фізичної терапії Дніпровського національного університету ім. Олеся Гончара, кандидат біологічних наук, доцент;

**Анатолій Стрілець** – начальник медичної служби Регіонального Управління Сил територіальної оборони «Схід» ЗС України

*Ухвалено до друку Науково-методичною радою  
Дніпропетровського державного університету внутрішніх справ  
15 листопада 2023 року (протокол № 3)*

Д44 Дії працівників Національної поліції під час зупинки критичної кровотечі в умовах військових дій : методичні рекомендації / К. О. Чаплинський, Г. С. Бідняк, В. А. Бідняк та ін. ; Дніпропетровський державний університет внутрішніх справ. – Одеса : Видавництво «Юридика», 2024. – 64 с.

ISBN 978-617-8182-16-8

У методичних рекомендаціях наведено алгоритм дій працівників Національної поліції під час зупинки критичної кровотечі в умовах військових дій. Робота розрахована на практичних співробітників Національної поліції України, науковців, викладачів, курсантів, студентів, слухачів, аспірантів і ад'юнктів закладів вищої освіти системи МВС України та інших юридичних закладів.

УДК 351.74-051:[616-089.611]:355.422(072)(083.13)

<b>ПЕРЕДМОВА</b> . . . . .	4
<b>РОЗДІЛ 1</b>	
<b>ПРИНЦИПИ РОБОТИ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ СЛУЖБИ.</b>	
<b>ПРАВИЛА ПОВЕДІНКИ НА МІСЦІ ПОДІЇ</b> . . . . .	6
1.1 Поняття про первинну домедичну допомогу, її значення у роботі поліцейських . . . . .	6
1.2 Система екстреної медичної допомоги в Україні . . . . .	7
1.3 Правила виклику бригади ЕМД . . . . .	8
1.4 Безпека під час надання домедичної допомоги. . . . .	9
1.5 Зони надання екстреної допомоги постраждалим. . . . .	11
<b>РОЗДІЛ 2</b>	
<b>ЗАГАЛЬНІ ПОНЯТТЯ ПРО АНАТОМІЮ І ФІЗІОЛОГІЮ.</b> . . . .	14
2.1 Загальні поняття про анатомію та фізіологію людини. . . . .	14
2.2 Особливості системи кровообігу людини. . . . .	15
<b>РОЗДІЛ 3</b>	
<b>КРИТИЧНІ КРОВОТЕЧІ, ЗАСОБИ ТИМЧАСОВОЇ</b>	
<b>ЗУПИНКИ КРОВОТЕЧ.</b> . . . . .	18
3.1 Критичні кровотечі: ознаки та локалізація. . . . .	18
3.2 Засоби тимчасової зупинки кровотеч. . . . .	22
<b>РОЗДІЛ 4</b>	
<b>ПЕРЕМІЩЕННЯ ПОСТРАЖДАЛИХ ІЗ МІСЦЯ ПОДІЇ.</b> . . . .	41
4.1 Принципи переміщення постраждалих із місця події. . . . .	41
4.2 Переміщення постраждалих двома поліцейськими. . . . .	44
<b>ЛІТЕРАТУРА.</b> . . . . .	47
<b>ДОДАТКИ.</b> . . . . .	49
Додаток А. . . . .	49
Додаток Б. . . . .	50

## ПЕРЕДМОВА

Значний відсоток потерпілих гине на місці події від критичних кровотеч за різних причин: наслідки дорожньо-транспортних пригод, бійок, виробничих травм, нещасних випадків, тощо. В умовах сьогодення на перший план виступають масовані ракетні удари по житловим будинкам, багатоповерхівкам, офісним центрам, паркінгам, автозаправкам, об'єктам критичної інфраструктури, закладам освіти, дитячим садочкам, закладам культури, закладам охорони здоров'я, промисловим підприємствам. Значного відсотка цих смертей потенційно можна уникнути за умови належного і своєчасного надання допомоги. Перш за все, причинами смерті, які можна попередити, є: крововтрата (масивна або критична кровотеча з кінцівок та вузлових зон); порушення дихання наявність сторонніх тіл у дихальних шляхах (закупорка або obturaція дихальних шляхів). Тому, для правоохоронців, волонтерів, військових, всіх пересічних громадян в період повномасштабного вторгнення російської федерації на територію незалежної України необхідні базові знання та навички зупинки критичної кровотечі.

Надання домедичної допомоги під час зупинки критичних кровотеч працівниками Національної поліції України в зоні прямої загрози, укриття та евакуації мають певні особливості. В умовах сьогодення зазначені зони надання допомоги можуть різко змінюватись, що зумовлює надання домедичної допомоги в залежності від умовної зони знаходження потерпілого та рятівника. При цьому поліцейські повинні вміти користуватись як дієвими тимчасовими засобами зупинки критичної кровотечі та відпрацьовувати використання: тиску, турнікету, тампонади з тиснутою пов'язкою, так і саморобними пристроями, які працюють по типу турнікета у виняткових випадках.

Ґрунтуючись на рекомендаціях бойових медиків, інструкторів, волонтерів, СоТССС, Центра тестування турнікетів надані варіанти укомплектованих поліцейських аптечок з переліком турнікетів та інших пристроїв, рекомендованих для зупинки критичних кровотеч, а також пропозиції щодо підвищення рівня домедичної підготовки з зупинки критичних кровотеч.

Науково-теоретичну основу методичних рекомендацій становлять наукові праці вітчизняних і зарубіжних фахівців у галузі медицини, домедичної допомоги, кримінального процесу, криміналістики, психології, соціології, інших галузевих наук. Результати роботи ґрунтуються на певній емпіричній базі, яку становлять результати узагальнення оперативної та слідчої практики.

Прикладна значимість рецензованих методичних рекомендацій полягає в тому, що під час виконання службових завдань курсант, слухач або здобувач повинен не тільки правильно оцінити стан потерпілого, а й з високою точністю відтворити алгоритми надання домедичної допомоги для порятунку життя особи, яка знаходиться у невідкладному стані, до прибуття бригади екстреної медичної допомоги.

# РОЗДІЛ 1

## ПРИНЦИПИ РОБОТИ

### ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ СЛУЖБИ.

#### ПРАВИЛА ПОВЕДІНКИ НА МІСЦІ ПОДІЇ

##### 1.1 Поняття про первинну домедичну допомогу, її значення у роботі поліцейських

Під час надання домедичної допомоги потерпілим поліцейські повинні запобігти смерті, якщо це можливо, та стабілізувати стан постраждалого до приїзду медиків.

*Домедична допомога* – це невідкладні дії та організаційні заходи, спрямовані на врятування та збереження життя людини у невідкладному стані, мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я, що здійснюються на місці події особами, які не мають медичної освіти, але за своїми службовими обов'язками повинні володіти основними практичними навичками з рятування, збереження життя людини, яка перебуває у невідкладному стані, та зобов'язані здійснювати такі дії та заходи.

Особами, які зобов'язані надавати домедичну допомогу людині у невідкладному стані, є: рятувальники аварійно-рятувальних служб, працівники державної пожежної охорони, співробітники Національної поліції, фармацевтичні працівники, провідники пасажирських вагонів, бортпровідники та інші особи, які не мають медичної освіти, але за своїми службовими обов'язками повинні володіти практичними навичками з рятування та збереження життя людини, яка перебуває у невідкладному стані.

Надання першої (домедичної) допомоги є частиною тактичних дій поліцейських на місці події, тому при наданні такої допомоги *доречно використовувати тактичні принципи*, якими керуються поліцейські при виконанні службових обов'язків.

*Місце події* – територія, приміщення або будь-яке інше місцезнаходження людини у невідкладному стані на момент здійснення виклику екстреної медичної допомоги.

Невідкладний стан – патологічна зміна функцій організму людини, яка раптово виникла, що загрожує його життю, здоров'ю або

оточуючих його особам. Одним із таких станів є порушення кровообігу – це патологічний стан, що загрожує життю та характеризується порушенням життєво важливих функцій.

## 1.2 Система екстреної медичної допомоги в Україні

Служба екстреної (швидкої) медичної допомоги України – структура, що забезпечує населення держави невідкладною та екстреною догоспітальною допомогою при різноманітних ситуаціях, які можуть загрожувати здоров'ю або життю людини. Екстрена медична допомога (ЕМД) є однією із ланок первинної медико-санітарної допомоги.

Відповідно до Закону «Про екстрену медичну допомогу» в областях діють центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, станції, підстанції (відділення) пункти постійного або тимчасового базування бригад ЕМД з метою швидкого прибуття до пацієнта. На базі центральних районних лікарень створено відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги.

Отримання звернень за ЕМД здійснюється за номером телефону «103». Для отримання та обробки викликів в структурі станції (відділення) функціонує диспетчерське відділення (пункт). Основною мобільною функціонально-структурною одиницею станції (відділення) ЕМД є медична бригада, яка направляється на виклик для надання на місці необхідної медичної допомоги у т. ч. проведення реанімаційних заходів, а також термінової госпіталізації хворих і постраждалих при наявності відповідних показів. Така медична допомога називається екстреною.

Долікарська медична (догоспітальна) допомога – здійснюється силами фельдшерських бригад ЕМД. Типовий склад фельдшерської бригади: фельдшер, медична сестра, водій.

Лікарська медична (догоспітальна) допомога – надається лікарськими бригадами, які мають у своєму розпорядженні необхідну апаратуру, інструментарій, медикаменти, тощо, та наділені теоретичними знаннями і практичними навичками з надання кваліфікованої екстреної догоспітальної медичної допомоги. Типовий склад лікарської бригади: лікар, фельдшер, медична сестра, водій.

Ергономічні принципи в роботі виїзної бригади чітко регламентовані, а саме: час отримання виклику, який надходить у диспетчерський пункт; час оголошення евакуатором бригади, що повинна

виїхати з бази в межах 3 хв з моменту отриманого виклику; час прибуття до постраждалого (хворого) – в межах міста до 10 хв, в населених пунктах сільської місцевості – до 20 хв; час діагностики та лікування на місці події (10 хв); час транспортування в медичний заклад (10 хв); час повернення на базу.

Вищевказані часові рамки адаптовані до сучасних світових ергометричних принципів діяльності бригад ЕМД, а саме поняття про «платинові півгодини» та «золотої години».

Так, «платинові півгодини» умовно поділяють на три десятихвилинки:

10 хвилин – прибуття до місця події;

10 хвилин – оцінка місця події у т. ч. проведення медичного сортування, діагностичні заходи та надання невідкладної допомоги на місці;

10 хвилин – транспортування постраждалого в стаціонар із продовженням (за показами) проведення протишокових заходів і постійним моніторингом життєво-важливих органів та систем в машині ЕМД.

«Золота година» включає наступні тридцять хвилин, коли постраждалому в стаціонарі в ургентному порядку проводять різні, в тому числі високоспеціалізовані, лабораторно-інструментальні методи обстеження, як то КТ, МРТ тощо, аж до початку оперативного втручання.

### **1.3 Правила виклику бригади ЕМД**

Виклик медичної бригади регулюється *наказом МОЗ України від 01.06.2009 № 370*.

При розмові з диспетчером служби ЕМД патрульні поліцейські мають відповісти на основні питання за схемою:

- ХТО? викликає бригаду;
- ЩО? трапилось (ДТП, Вибух, Падіння, Утоплення, Серцевий напад тощо);
- ДЕ? місце події (адреса), з точними орієнтирами;
- СКІЛЬКИ? постраждалих;
- ЯКІ? – описати постраждалих (вік, стать, стан) і яка їм надається або надана допомога;

УВАГА! Диспетчер першим кладе слухавку!



## 1.4 Безпека під час надання домедичної допомоги

Для одним з основних пріоритетів при наданні допомоги є забезпечення власної безпеки.

Відрізняють три типи особистої безпеки:



*Фізична безпека* – поліцейському не повинні загрозувати постраждалих, його близькі та інші особи на місці події; наявність зброї та небезпечних предметів; оточуюче середовище, зокрема, особливості місцевості, погодних умов та ін.



*Біологічна безпека* – використання засобів індивідуального захисту від крові, слини, сечі, блювоти, інших біологічних рідин, через які можуть передаватися небезпечні захворювання, наприклад, COVID, гепатит, ВІЛ.



*Юридична безпека* – всі дії поліцейського повинні відповідати чинному законодавству. Зокрема, це Конституція України (стаття 49), Закон України «Про Національну поліцію України», Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», Закон України «Про екстрену медичну допомогу», Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 09.03.2022 № 441, який містить Порядок надання домедичної допомоги, у тому числі постраждалим при масивній зовнішній кровотечі особами, які не мають медичної освіти, але за своїми службовими обов'язками повинні надавати домедичну допомогу тощо.

Поліцейські, якщо вони не є професійно підготовленими медичними працівниками, *не мають права самостійно призначати та вводити лікарські засоби, окрім випадків, передбачених чинним законодавством.*

Для ефективного надання домедичної допомоги використовують покроковий алгоритм огляду та надання допомоги **MARCH(E)** (також використовують аббревіатуру **CABCD(E)**), який розкриває критичність залежності часу від механізму травми.

До початку огляду визначають безпечність місця події, можливі загрози, з'ясовують (по можливості) механізм травми (особлива увага можливим травмам голови, хребта, тазу – 6 «В»), визначають стан свідомості постраждалого за AVPU (АГБІ). Отже, **MARCH(E)**:

1) “M” (massive bleeding) або C (catastrophic haemorrhage) – Критична кровотеча. (масивна кровотеча): пошук ознак масивної (критичної) кровотечі – кінцівки\шия\пахви\пах, допомога (прямий тиск або тиск на відстані, джгут).

2) “A” (airways) – Дихальні шляхи. (дихальні шляхи): ревізія\чистка ротової порожнини, відкриття дихальних шляхів (висування н. щелепи вверх).

3) “R” (Respiration) або B (breathing) – Дихання (найчастіше – при травмі грудної клітки). (наявність та ефективність дихання): наявність дихання, оцінка ефективності дихання (при втраті свідомості – «бачу-чую-відчуваю», норма 2–5 видихів/10 с або 10–30/хв.), пошук травм грудної клітки (груди, боки – візуально, пальпаторно, спина – пальпаторно).

4) «C» (Circulation) – Циркуляція, шок, травми (кровообіг) – огляд живота, тазу (одночасно з грудною кліткою – візуально і пальпаторно), пульс (норма 60–120/хв), робота з некритичними кровотечами і травмами (пов'язки), контроль джгутів.

5) (Hypothermia) – Травми голови / Переохолодження (D – Disability: неспроможність, травми тощо) «HE» (боротьба з переохолодженням, підготовка до евакуації): утеплення, стабільне положення (при відсутності протипоказань) із оглядом спини; при необхідності та можливості – іммобілізація; вкладання на нош, як правило, проводиться медичним персоналом бригади ЕМД.

6) E (Evacuation) – Евакуація в медичний заклад.

Час на проведення (за винятком надання допомоги) має займати не більше 90 с.

### 1.5 Зони надання екстреної допомоги постраждалим

Виділяють *три умовні зони* (фази, етапи) надання ЕМД за ТЕДП:

1) Допомога в умовах дії *прямої загрози* (старі назви: гаряча зона, червона зона) – відповідає зоні надання допомоги пораненим в умовах ефективного вогню противника або іншої безпосередньої загрози життю та здоров'ю постраждалих та/або рятувальників.

2) Допомога в умовах дії *непрямої загрози* (старі назви: тепла зона, жовта зона) – відповідає зоні надання допомоги в тактичних умовах.

3) *Евакуація* (старі назви: холодна зона, зелена зона) – відповідає зоні тактичної евакуації.

### ***Зона прямої загрози.***

У цій зоні виправдано застосування мінімального переліку домедичних та медичних маніпуляцій, оскільки ризик отримання додаткових травм постраждалим або безпосереднє травмування співробітника поліції є надзвичайно високим (наприклад, внаслідок вогню озброєних осіб, або чинниками зовнішнього середовища – палаючі конструкції будівель, дія токсичних речовин тощо). В зоні прямої загрози повинні працювати виключно співробітники служб порятунку, таких як ДСНС, Національної гвардії, поліції, які прирівнюються до рятувальників. Вони безпосередньо і повинні надавати домедичну (першу) допомогу у цій зоні.

У зоні прямої загрози пріоритетами є не стільки максимальний об'єм надання допомоги постраждалому, скільки усунення і/або мінімізація наявної загрози для попередження отримання пошкоджень іншими особами, чи додаткових травм постраждалими. Єдиним пріоритетом в наданні допомоги є *зупинка масивної кровотечі та переміщення постраждалого в безпечну зону* (зону укриття), для надання більш повної домедичної допомоги. У випадку, коли приймається рішення про надання допомоги повинні чітко визначатись та враховуватись ймовірні ризики між наданням допомоги та отриманням додаткових травм, чи травмування інших членів команди рятувальників.

### ***Зона непрямої загрози.***

*Пріоритети обстеження та об'єм допомоги:* контроль кровотечі, забезпечення прохідності дихальних шляхів, запобігання розвитку напруженого пневмотораксу, запобігання розвитку шоку (підтримання кровообігу), запобігання розвитку гіпотермії тощо. Вищеописане підпадає та відповідає алгоритму (послідовності) надання допомоги, який описаний акронімом *CABCD* або *MARCHE*.

Хоча в цій фазі передбачено, що місця надання допомоги безпечне, особа, яка надає допомогу повинна пам'ятати, що ситуація досить швидко може змінитися. Завжди слід постійно оцінювати ризики, що існують в умовах тактичної ситуації, а також загрози життю та здоров'ю постраждалого через затримки евакуації.

Якщо екіпаж патрульної поліції прибув на місце події першим, як правило *допомогу надає один поліцейський, а інший – відповідає за безпеку* («контакт» – «прикриття»).

*Двоє поліцейських* можуть надавати допомогу, якщо дозволяє тактична ситуація, і необхідна швидка евакуація або на місці події багато постраждалих.

### ***Зона евакуації.***

Дії в цій зоні спрямовані на продовження надання допомоги, що розпочаті в попередніх фазах. Слід враховувати можливість тривалої затримки госпіталізації постраждалого в лікувальний заклад (особливо в умовах масових випадків та руйнування певної інфраструктури медичних закладів). Тому патрульні поліцейські мають бути готовим до надання повного обсягу допомоги, що передбаченій у цій фазі.

Треба пам'ятати про необхідність постійної повторної оцінки та обстеження постраждалого на етапі евакуації, оскільки у травмованих динаміка стану може бути досить швидкою, та визначати зміну в об'ємі надання допомоги.

## РОЗДІЛ 2

# ЗАГАЛЬНІ ПОНЯТТЯ ПРО АНАТОМІЮ І ФІЗІОЛОГІЮ

---

### 2.1 Загальні поняття про анатомію та фізіологію людини

Організм – це біологічна система, яка має органо-системний, тканинний, клітинний, субклітинний і молекулярний рівні організації життєвих процесів. Між будовою і функцією існує взаємний зв'язок.

Організм людини складається з клітин, які утворюють тканини, з яких побудовані органи. Злагоджену роботу організму забезпечує тісний взаємозв'язок його органів. Органи, що виконують пов'язані між собою функції, складають фізіологічну систему органів.

Усе життя людини проходить у безперервному зв'язку із зовнішнім середовищем, тому здоров'я людини не можна розглядати як щось незалежне, автономне. Воно є результатом дії природних, антропогенних та соціальних факторів і віддзеркалює динамічну рівновагу між організмом і середовищем його існування.

Середовищем існування для клітин організму є внутрішнє середовище (кров, лімфа, тканинна рідина). Склад і властивості внутрішнього середовища підтримуються на відносно постійному рівні, що створює умови для життєдіяльності всього організму. Сталість хімічного складу і фізико-хімічних властивостей внутрішнього середовища організму називають *гомеостазом* (від грец. *homoios* – однаковий, *statis* – стан).

*Саморегуляція* – універсальна властивість організму зберігати внутрішню стабільність на певному, відносно сталому рівні.

Вона включається тоді, коли виникає відхилення від певного постійного рівня будь-якого життєво-важливого фактору зовнішнього чи внутрішнього середовища. Наприклад, рівень глюкози в крові може зменшуватися через недостатнє надходження її з їжею або внаслідок витрат при інтенсивній роботі. Зниження кількості глюкози в крові, незалежно від того, зовнішньою чи внутрішньою причиною воно викликане, запускає фізіологічні механізми, що підвищують її рівень. Навпаки, збільшення кількості

глюкози призводить до включення механізмів, які знижують її рівень. Таким чином, зміни стану системи спричиняють реакції, які відновлюють норму. Звичайно, саморегуляція може спрацювати деякий час, навіть коли організм знаходиться у несприятливих умовах існування, але, для подальшої підтримки гомеостазу необхідні певні зовнішні умови (наприклад, наявність їжі, води тощо).

## 2.2 Особливості системи кровообігу людини

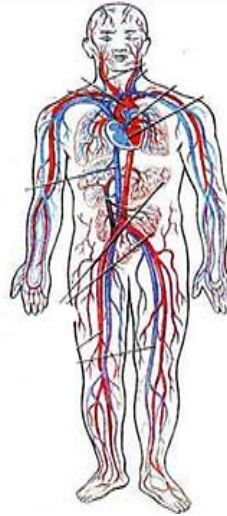
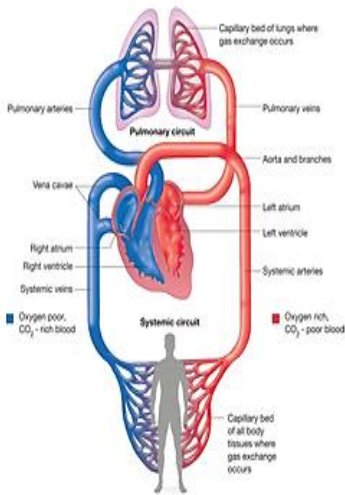
Кровоносна система складається з двох основних частин: «мотора» кровообігу – серця та сітки кровоносних судин.

*Серце* – порожнистий м'язовий орган, що ритмічними скороченнями накачує в артерії кров, яка знову повертається до нього по венах. Серце оточено серозною оболонкою – перикардом. Стінка серця складається з трьох шарів – епікарду («серцева сумка»), міокарду («серцевий м'яз») та ендокарду (внутрішня оболонка серця). Суцільна поздовжня м'язова перетинка розділяє серце на праву і ліву половини. Кожна половина має два відділи: верхній – передсердя (праве і ліве) і нижній – шлуночки (правий і лівий). Біля отворів ендокард утворює складки – клапани серця. Всі клапани відкриваються в один бік, і це забезпечує односторонній напрям течії крові. Серце працює ритмічно, скорочення (*систола*) міняється розслабленням (*діастола*). Від основи серця починаються великі судинні стовбури: артерії, по яких кров тече від шлуночків серця, та вени, по яких вона повертається до передсердь. Розгалуження кінцевих гілочок артерій – артеріоли, та розгалуження кінцевих гілочок вен-венули з'єднуються між собою за допомогою сітки найдрібніших судин – капілярів, внаслідок чого утворюється замкнута кровоносна система.

*Частота серцевих скорочень (пульсу)* дорослої людини становить, в середньому, 60–90 разів на хвилину в спокої.

Об'єм циркулюючої по судинах крові в дорослих складає приблизно 7% від маси тіла, в середньому, 4–5 л. Вона доставляє до клітин організму кисень та споживні речовини, такі, як глюкоза, амінокислоти тощо. Кров тисне з певною силою на м'язові стінки кровоносних судин. Ця сила називається *кров'яним тиском*. Він буває артеріальним, венозним, капілярним.

# Кровообіг



Найчастіше для визначення стану постраждалих використовують артеріальний тиск – *тиск крові в артеріях*. Він піднімається і падає в залежності від фази серцебиття – систоли або діастоли. Відповідно, артеріальний тиск буває систолічним (під час скорочення серця – він більший) та діастолічним (під час розслаблення, в паузах між ударами – він менший). Систолічний тиск в середній здоровій дорослій людині складає 90–120 мм рт. ст., а діастолічний – 60–80 мм рт. ст. Таким чином нормальним є тиск трохи менше *120/80 мм рт. ст.* (перше число – систолічний тиск, друге – діастолічний).

На тиск в системі кровообігу (як і в будь-якій системі водопостачання) впливають кількість (обсяг) рідини, величина просвіту труб (судин) та властивості самої рідини (крові): збільшення об'єму циркулюючої в судинах крові (наприклад, коли організм вживає багато солі), звуження просвіту судин (їх закупорка, виділення деяких гормонів, особливо при стресі тощо) або згущення крові вимагає *збільшення тиску* в системі, щоб проштовхувати кров по судинах. Якщо артеріальний тиск регулярно перевищується та залишається *понад 140/90 мм рт. ст.* – цей стан називається



*гіпертензія* (“hyper” – підвищений, “tensio” – тиск), а зниження тиску менше 90/60 мм рт. ст. – *гіпотензія* (“hypo” – зменшений, “tensio” – тиск). Ці стани можуть привести до розвитку загрозливих для життя станів.

При гіпертензії стінки артерій зазнають ушкодження, починається процес запалення, в місці ушкодження з’являється набряк, і навколо цього місця збираються імунні клітини, що реагують на запалення (лейкоцити), а також різноманітні речовини, що знаходяться в крові (жири, холестерини тощо). На місці пошкодження формується так звана «бляшка», яка прикриває місце ушкодження. Стінка артерії в цьому місці стає більш жорсткою, потовщеною – цей стан називається *атеросклерозом*, – й при підвищеному тиску може надирватися або, навіть, розриватися. Тоді над розривом формується згусток крові – *тромб*, – який може повністю перекрити просвіт судини.

Якщо це сталося в судинах, які живлять серце, це може викликати серцевий напад, бо ділянки серцевого м’язу, які б мали жити через ушкоджені судини, почнуть вмирати. Якщо уражені судини мозку – може розвинути гостре порушення мозкового кровообігу (інсульт): почнуть вмирати відповідні ділянки мозку.

## РОЗДІЛ 3

# КРИТИЧНІ КРОВОТЕЧІ, ЗАСОБИ ТИМЧАСОВОЇ ЗУПИНКИ КРОВОТЕЧ

---

### 3.1 Критичні кровотечі: ознаки та локалізація

Для немедичних працівників важливо розпізнати критичну або масивну кровотечу, яка означає велику втрату крові (більше півлітра з кожної рани) за короткий проміжок часу (декілька хвилин) і вимагає негайних дій для зупинки.

Фахівці з домедичної підготовки в теперішні часи розрізняють зовнішні та внутрішні кровотечі. Для надання допомоги важливо визначити загрозливі для життя кровотечі. З усіх загрозливих для життя станів, найбільш небезпечними є зовнішні кровотечі з кінцівок та «вузлові» кровотечі (шия, пахви, пах). При не зупинці такої кровотечі, людина може загинути на протязі декількох хвилин. Масивна (або критична) кровотеча з кінцівок – найбільш часта причина смерті, яку можливо запобігти (приблизно 2/3 усіх смертей, які можна було б запобігти).

Виділяють також тимчасову та кінцеву (в лікарні) зупинки кровотечі. Тимчасова зупинка кровотечі проводиться поліцейськими на місці події.

*Ознаками масивної кровотечі є:*

- 1) кров, що пульсує або швидко витікає з рани;
- 2) пляма крові на одязі чи пов'язці, що швидко збільшується, або одяг, просічений кров'ю;
- 3) велика пляма або калюжа крові під постраждалим, яка розтікається;
- 4) травматична ампутація (відрив) кінцівки;
- 5) відсутність свідомості при наявності рани чи великої плями крові.

Щоб виключити наявність даних ознак або встановити їх наявність поліцейський обов'язково перевіряє:

1. Шию.



2. Пахви.

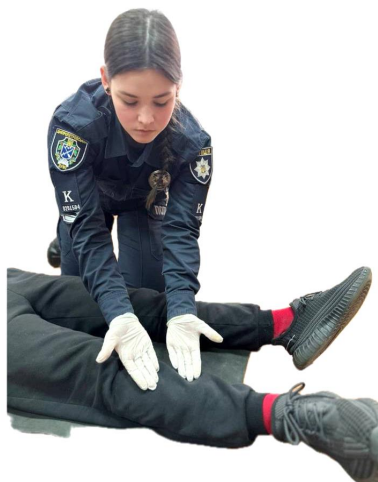
3. Пах (не оминаючи сидниці).



4. Верхні кінцівки (праву і ліву).



5. Нижні кінцівки (праву і ліву).



### 5.1. Ділянку ахіла.



Після кожного дотику до певної ділянки тіла потерпілого, поліцейський обов'язково візуально перевіряє свої рукавички на предмет наявності слідів речовини темно-червоного кольору, схожого на кров.

Якщо потерпілий знаходиться в положенні лежачі, не треба його піднімати, а перевірити вищезазначені ділянки тіла потерпілого, дотримуючись правил безпеки.

### 3.2 Засоби тимчасової зупинки кровотеч

Методи тимчасової зупинки кровотеч:

- 1) прями́й тиск на рану;
- 2) затискання крупних судин вище рани;
- 3) накладання джгута (турнікета);
- 4) тампонування рани;
- 5) накладання компресійної (тиснучої) пов'язки.

Для зупинки критичної кровотечі існує безліч спеціально створених конструкцій, серед яких як турнікети, так і інші засоби:

Combat Application Tourniquet (CAT) Gen 7;

Combat Application Tourniquet (CAT) Gen 6;

Ratcheting Medical Tourniquet -Tactical (RMT-T);  
SOF Tactical Tourniquet – Wide (SOFTT-W);  
Tactical Mechanical Tourniquet (TMT);  
TX2 Tourniquet (TX2);  
TX3 Tourniquet (TX3);  
Emergency & Military Tourniquet (EMT);  
Combat Gauze (CG) Z-Fold (QuikClot Combat Gauze);  
Celox Gauze, Z-Fold 5’;  
ChitoGauze;  
X-Stat, Single Applicator;  
iTClamp тощо.

Прямий тиск на рану та/або тиск на судини вище рани руками, коліном – ці методи є найпершими та найшвидшими, їх використовують під час підготовки до накладання джгута, проведення тампонади чи накладання пов’язки, або у разі неможливості використання інших методів зупинки кровотечі.

Частіше для швидкої зупинки масивних кровотеч з кінцівок використовувати джгути. Якщо в постраждалого є свій джгут – накладати слід в першу чергу його. Свій джгут – для вас. Накладати свій джгут іншим постраждалим вкрай не рекомендовано. При накладанні джгутів постраждалим поліцейський має використовувати рукавички.

Розрізняють дві великі групи джгутів: із закруткою та без. Обидва типи мають безліч різноманітних видів. В Україні найбільше використовують гумові джгути типу Есмарха або джгути (турнікети) із закруткою типу САТ, «Січ», «Пітон» тощо.

Використовувати джгут (турнікет) із закруткою вважається краще, особливо для самодопомоги, бо його легше накладати однією рукою.

Джгут накладають на одяг або безпосередньо на шкіру на 5–8 см вище (проксимальніше) від рани. Якщо визначити місце кровотечі важко, джгут накладають максимально високо, але не на суглоб. При цьому, гумові джгути бажано накладати на одяг, тканину. Джгути із закруткою можна накладати на голу шкіру.

Ефективність накладання джгута визначається зупинкою кровотечі та відсутністю пульсу нижче (дистальніше) від рани. Обов’язково вказують час накладання (на джгуті та на шкірі постраждалого, наприклад, на щоці або на чолі) незмивним маркером. Якщо зупинку кровотечі було здійснено за допомогою джгута,

не треба джгут знімати до приїзду бригади медиків, навіть якщо пройшло більше двох годин.

Кровоспинним джгутом “SICH-Tourniquet” укомплектовані як цивільні, так і військові аптечки. Являє собою особливу конструкцію, яка за будь-яких погодних умов, у мокрому, засніженому, забрудненому стані, при нагріванні чи сильному охолодженні, швидко зупиняє масовану кровотечу кінцівки і витримує екстремальні перевантаження.

Слід зазначити, що в сучасний період повномасштабного вторгнення РФ на територію України, бойові медики рекомендують “SICH-Tourniquet” поряд з всевітньо визнаним “CAT”.



Використовувати виключно для надання невідкладної медичної допомоги шляхом тимчасової зупинки критичної кровотечі із верхніх і нижніх кінцівок. Неналежне застосування турнікета може призвести до пошкодження або втрати кінцівки.

Турнікет накладається вище рани на 5–7 см, але не на суглоб. Якщо рана не візуалізується, турнікет накладається на кінцівку на рівня плеча або стегна якомога вище із обов’язковим зазначення часу накладання.



**Інструкція до застосування однією рукою  
(НА ВЕРХНЮ КІНЦІВКУ):**

1. Розкрийте турнікет.



2. Одягніть петлю турнікета на ушкоджену кінцівку. Розташуйте турнікет вище рани на 5–7 см або якомога вище, якщо рана не візуалізується.



3. Міцно затягніть турнікет, потягнувши за вільний край стропи, помічений чорним трикутником.



4. Закріпіть вивільнену стропу навколо кінцівки за допомогою липучки аж до металевого трикутника.



5. Закручуйте вороток до упору, доки не зупиниться кровотеча і не зникне периферійний пульс.



6. Зафіксуйте вороток за допомогою металевого трикутника. Переконайтесь у відсутності кровотечі і не зникнення периферійного пульсу.



7. Вільний кінець стропа протягніть через отвір у трикутнику для надійної фіксації турнікета.

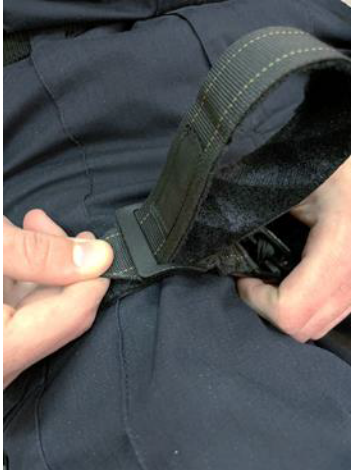


8. Повністю протягніть вільний кінець стропа через отвір у трикутнику. Зазначте час накладення турнікета за допомогою маркера або гострих предметів на сірій поверхні. Можна продублювати час накладення турнікета і на інших поверхнях, як долоня.



**Інструкція до застосування турнікета двома руками  
(НА НИЖНЮ КІНЦІВКУ):**

1. Обгорніть стропу турнікета навколо кінцівки вище рани і просмикніть кінець стропи, позначений чорним трикутником, у внутрішню щілину пряжки.



2. Просмикніть кінець стропи позначений чорним трикутником, у зовнішню (другу) щілину пряжки. Міцно затягніть.



3. Закріпіть вивільнену стропу навколо кінцівки за допомогою липучки аж до металевого трикутника.



4. Закручіть вороток до упору, доки не зупиниться кровотеча і не зникне периферійний пульс.



5. Зафіксуйте вороток у трикутнику. Перевірте наявність кровотоку та периферійного пульсу.



6. Зазначте час накладення турнікета за допомогою маркера або гострих предметів на сірій поверхні. Підготуйте пацієнта до повторного огляду та транспортування.



**Накладення турнікета – крайня міра і може бути застосована лише у випадках, коли зупинити кровотечу іншими засобами неможливо та існує загроза життю!!!**

Турнікет можна накладати на голе тіло. Забороняється самотійно без надання кваліфікованої допомоги послабляти турнікет. Конверсію турнікета робить медичний персонал!

**Концепція при пораненні кінцівок і накладання турнікета. Часові межі**

**АРМІЯ  
INFORM**

Безпечна конверсія	Спроба конверсії	Небезпечна конверсія
		
до 2 годин від моменту накладання турнікета.	від 2 до 6 годин після накладання турнікета, за наявності медичної підтримки	понад 6 годин від моменту накладання турнікета - заборонено.

SOLONNY

Конверсія турнікета – підхід, за якого ухвалюється рішення щодо заміни турнікета на інший метод зупинення кровотечі. Таке оцінювання повинно бути зроблене якомога скоріше, однак не пізніше ніж за 2 години після його первинного накладання.

Конверсію турнікета виконують медичні працівники або військовослужбовці з відповідною підготовкою (старші бойові медики, бойові медики та інші військовослужбовці, які пройшли підготовку з тактичної медицини або виконують інструкції медичного працівника з конверсії турнікета, що надають засоби зв'язку). Конверсію турнікета виконують у зоні «Непрямої загрози» під час та на етапах медичної евакуації.



Якщо від моменту накладання турнікета минуло понад 6 годин, тоді проведення конверсії на догоспітальному етапі є небезпечним та забороненим.

Наступний засіб, який рекомендований для зупинки критичних кровотеч це джгут типу Есмарха. Але його ефективність залежить від правильних умов зберігання в іншому випадку рветься, дуже незручний під час надання самопомоги однією рукою, не може застосовуватись прямо на шкірі тощо.

Тампонада – дієвий засіб для зупинки критичних кровотеч.



Тампонування рани частіше використовують в місцях «вузлових» кровотеч (пахви, пах) – у місцях, де неможливо накласти джгут, але також застосовують і на кінцівках, особливо із великим шаром м'язів (стегна, плечі). Не можна тампонувати порожнини тіла (черевну, грудну, малого тазу, голови).



Сутність тампонування – стиснути розірвані судини в рані за допомогою великої кількості матеріалу (бинт, марля). Спочатку застосовується прямий тиск на рану з критичною кровотечею чи вище рани, наприклад, середина пахової складки або середина внутрішньої частини стегна при ураженні нижньої кінцівки. Кожен рятувальник зможе виконати тиск всього тіла на рівних в ліктях руках, попередньо наклавши на рану будь-яку тканину. Якщо рана великого розміру, бажано притиснути судину, що травмована пальцями. Потім, спеціальними гемостатичними бинтами (матеріал, просічений спеціальними хімічними речовинами, які сприяють створенню тромбів), марлею, будь-якою тканиною утрабують рану, при цьому не послаблюючи тиск на судину. Після повного заповнення рани знову проводять прямий тиск на рану: якщо тампонада з гемостатиком – не менш 3 хвилин, якщо звичайний матеріал – близько 10 хвилин. Зверху накладають тиснучу пов'язку.

Компресійну (тиснучу) пов'язку використовують як окремо, так і в поєднанні з тампонадою безпосередньо на відкриту рану кінцівки, шиї, пахви, паху. В якості тиснучої пов'язки можна використовувати чисту тканину (бажано некольорову), марлеві та еластичні бинти. В останні роки найбільш ефективною пов'язкою став так званий «Ізраїльський бандаж». Це – спеціальна пов'язка, що складається із стерильної подушечки та еластичного бинта із пластиковим компресійним елементом та фіксатором. При накладанні постраждалому компресійної (тиснучої) пов'язки на відкриту рану кінцівки, має визначатися пульс на кінцівці нижче пов'язки.



Перев'язувальний пакет по типу «Ізраїльського биндажа» обертають навколо кінцівки, протискають поміж пластикових «ріжок» та змінюють напрям руху в протилежний.

Для більшого тиску можна додатково перевернути вільний кінець і продовжити бинтування або підкласти твердий предмет поміж одного із турів. «Ізраїльський биндаж» можна використовувати і як звичайну пов'язку, для цього напрям руху під час накладення турів не змінюють.

Відносно новий в Україні, втім за позитивними відгуками дієвий засіб – це iTClamp, передовий пристрій для зупинки кровотечі. Схвалений FDA для зупинки кровотечі на кінцівках, у паховій і паховій ділянках, на голові та шиї – там де краї рани можна легко зблизити. Щільно закриває краї рани, щоб зменшити подальшу кровотрату доти, доки рану не буде відновлено хірургічно.

За дослідженнями, iTClamp перевершує звичайне накладання пов'язки на рану з огляду на виживання пацієнта, час виживання (>180 хвилин) і загальну кровотрату (120 куб. см).

Накладається за лічені секунди шляхом стискання однією рукою та з мінімальним болем для пацієнта (1 за шкалою болю від 1 до 10).

Створює локалізований тиск без допомоги рук, який швидко формує стабільний згусток і запобігає подальшій кровотраті. Локалізований тиск досі є найпростішим, перевіреним часом способом контролю сильної кровотечі. Затискний механізм не перебиває дистальну перфузію, як більшість джгутів.

Застосування є інтуїтивно зрозумілим – кожен медпрацівник з мінімальною підготовкою зможе миттєво зупинити небезпечну для життя кровотечу, яка не піддається накладенню джгута. (Більше 90 % успіху застосування з першої спроби). Наразі це єдиний ефективний продукт для «допомоги під вогнем» чи в інших ситуаціях, коли турнікет не може бути застосований. Пристрій легкий, портативний і простий у регулюванні розміщення за потреби.

iTClamp® мінімізує витрати часу на місці події:

1) легке застосування під час мобільної евакуації постраждалих (наприклад, швидка допомога або гелікоптер);

2) усуває потрібність 3-хвилинного ручного тиску після накладання пов'язки на рану;

3) ідеальне доповнення для накладання гемостатичного бинту й може накладатися на більшість видів одягу;



- 4) контролює кровотечу у стабільного та/або коагулопатичного пацієнта;
- 5) створює ефект мультиплікатора сили;
- 6) може бути застосований під час первинної оцінки при сортуванні масових постраждалих;
- 7) звільняє руки медиків для надання допомоги іншим постраждалим.

*Звичайний порядок надання допомоги при травмі кінцівок:*

- переконатися в безпечності місця події;
- при наявності критичної кровотечі з кінцівки накласти джгут на уражену кінцівку;
- при наявності вузлової кровотечі, затиснути рану, при можливості – провести тампонаду;
- викликати бригаду ЕМД;
- провести огляд постраждалого (за MARCH);
- забезпечити повний спокій травмованої ділянки тіла;
- знерухомити уражену кінцівку, накласти пов'язку на рану;
- вкрити постраждалого термоковдрою;
- до прибуття бригади ЕМД перевіряти стан постраждалого.

Під час ракетних обстрілів умовно необхідно визначити зони для надання допомоги: **зона прямої загрози; зона непрямой; зона евакуації.**

Дії, послідовність та об'єм надання домедичної допомоги постраждалим буде дещо відрізнятись в кожній в зоні. Окрім безпеки поліцейського, яка завжди посідає перше місце.

Отже, в червоній зоні або прямої загрози (її також називають «під вогнем») необхідно знайти укриття та надати самопомогу. При влученні ракети в будівлю можливе велике задимлення, що вимагає використання респіратору, маски, косинки тощо. Обмежений зоровий контроль не виключає можливість надання домедичної допомоги, хоча і суттєво ускладнює її.

Найбільш небезпечними є критичні кровотечі, які за можливістю необхідно зупинити навіть в цій зоні за допомогою турнікета на рівні плеча або стегна якомога вище, при цьому час накладення, перевірка інших вражених місць та подальший огляд постраждалого проводиться в зоні укриття.

Забороняється робити спроби послабити чи зняти джгут до моменту огляду постраждалого медиком. При порушеній свідомості та неможливості перемістити постраждалого в укриття чи зону непрямой загрози постраждалого слід повернути на живіт чи у стабільне бокове положення. При спробі евакуації постраждалого в укриття чи наступну зону потрібно оцінити безпечність його здійснення, враховуючи шлях переміщення постраждалого, його масу тіла, загрозу зовнішніх факторів, в тому числі бойових дій.

В зоні непрямой загрози або укриття всі дії виконуються за загальноприйнятим алгоритмом MARHE:

1) оцінити наявність зовнішньої масивної кровотечі та за її наявності – накладити кровоспинний джгут, затампонувати рану або використати прямиий тиск на рану;

2) оцінити прохідність дихальних шляхів, попередньо оцінивши рівень свідомості постраждалого, шляхом простого звертання: «Ви мене чуєте?». Якщо постраждалий не реагує – забезпечити прохідність дихальних шляхів та оцінити дихання до 10 сек. За відсутності дихання при можливості слід розпочати серцево-легеневу реанімацію;

3) за наявності дихання та відсутньої свідомості: підтримувати прохідність дихальних шляхів – мануально (руками) чи забезпечивши стабільне бокове положення.



Стороннє тіло ні в якому разі поліцейські не витягають з рани!  
У такому стані потерпілого передають медикам.

При знаходженні потерпілого під завалами має значення скільки  
пройшло часу після здавлення.



Якщо з моменту стискання пройшло менше ніж 10 хвилин, звільнити стиснену частину тіла та за наявності рани та масивної зовнішньої кровотечі діяти відповідно до Порядку надання домедичної допомоги постраждалим при масивній зовнішній кровотечі, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 09.03.2022 № 441; у випадку, коли необхідно терміново евакуювати постраждалого, але з моменту стискання пройшло більше ніж 10 хвилин, перед звільненням стиснутої частини кінцівка накласти кровоспенний джгут.



# РОЗДІЛ 4

## ПЕРЕМІЩЕННЯ

### ПОСТРАЖДАЛИХ ІЗ МІСЦЯ ПОДІЇ

---

#### 4.1 Принципи переміщення постраждалих із місця події

Переміщення постраждалого з *небезпечної зони в безпечну зону* є важливою частиною надання домедичної допомоги. Один з ключових принципів проведення переміщення постраждалого та надання допомоги взагалі – *намагатися уникнути додаткових ушкоджень та запобігти появі додаткових постраждалих*. Тому, в зоні прямої загрози, допустимо проводити тільки екстрену зупинку зовнішньої масивної (небезпечної для життя) кровотечі. Після переміщення поліцейського і постраждалого в безпечне місце, можна продовжувати надавати допомогу.

Кожна окрема ситуація вимагає *індивідуального підходу до вибору способів та методів переміщення*: залежно від тактичної ситуації, наявних ресурсів, кількості та ваги постраждалих, фізичної спроможності рятувальників, наявності допоміжного обладнання, відстані тощо. Наприклад, більшість видів перенесення на руках виконати нелегко у зв'язку зі збільшеною вагою поліцейського в повній екіпіровці, що вимагає додаткових фізичних зусиль, особливо, якщо постраждалий має велику вагу та/або додаткову екіпіровку.

Переваги при переміщенні постраждалого одним рятувальником: на небезпеку (окрім постраждалого) наражається тільки цей один рятувальник; недолік – переміщення проходить повільніше.

Переваги при переміщенні постраждалого двома чи групою рятувальників: діють швидше; недолік – збільшується вірогідність поранення одного або декількох рятувальників.

#### ***Спосіб «віддай мені свій годинник».***

- 1) поліцейський заходить зі сторони голови потерпілого, обережно фіксує його голову своїм передпліччям;
- 2) піднімає корпус постраждалого, підпираючи своєю ногою його тулуб, тобто переводить в сидяче положення, прикриваючись їм від можливої небезпеки;



3) притримує спину постраждалого та швидко забирає його зброю або інші речі;

4) намагається протиснути свої руки під пахвами постраждалого, максимально притискаючись своїм тулубом до спину постраждалого;

5) хапає своїми руками зап'ясток постраждалого (там, де носять годинник);

6) розташовуючи свої стопи біля тазу постраждалого, піднімає його різким рухом, не навантажувати свою спину (поперек);

7) притримуючи постраждалого, швидко переміщується в укриття, контролюючи напрямок небезпеки та прикриваючись постраждалим при переміщенні.

Перенесення постраждалих на плечах.

Перенесення на плечі – це типова практика переміщення постраждалого однією людиною, якій зазвичай навчають «метод пожежника». Проте на практиці звалити на плече постраждалого в повній екіпіровці і перенести його в укриття досить важко. Тому при застосуванні перенесення на плечі слід враховувати можливість поліцейського (краще, щоб він був вищий за постраждалого), вагу постраждалого, відстань перенесення.



Поліцейський:

1) за допомогою помічника притримує постраждалого у вертикальному положенні обличчям до себе (або постраждалий самостійно може мінімально підтримувати вертикальне положення);

2) однією рукою фіксує зап'ясток різнойменної руки постраждалого (правою рукою – за лівий зап'ясток або навпаки, лівою рукою – за правий зап'ясток постраждалого);

3) згинає свої ноги у колінах, нахиляється вперед і обережно направляє своє вільне плече (плече другої руки, якою він не фіксує зап'ясток постраждалого) в пахвинну ділянку постраждалого так, щоб він обережно впав на плечі поліцейського;

4) обережно піднімається за допомогою ніг, тримаючи спину рівно;

5) вільною рукою перехоплює зафіксований зап'ясток постраждалого, притримуючи ногу / ноги постраждалого ліктям тієї ж руки; при цьому інша рука поліцейського залишиться вільною (і може контролювати свою зброю та боекompлект до неї).

### ***Перенесення постраждалих на спині (метод Хауса).***

Рятувальник:

1) однією рукою фіксує зап'ясток однойменної руки постраждалого (правою рукою – за правий зап'ясток або лівою рукою – за лівий зап'ясток постраждалого);

2) згинає свої ноги у колінах, нахиляється вперед таким чином, щоб пахвинна ділянка зафіксованої руки постраждалого лягла на плече той руки, якою рятувальник фіксує зап'ясток, а грудна клітка постраждалого розмістилася на верхній частині спини поліцейського;

3) вільною рукою розміщує іншу руку постраждалого таким чином, щоб пахвинна ділянка цієї руки також лягла на плече поліцейського;

4) обережно піднімається за допомогою ніг, тримаючи спину рівно;

5) однією із своїх рук фіксує обидві руки постраждалого над ліктями.

При правильному виконанні рятувальник може використовувати вільну руку для застосовування зброї, перенесенні додаткового обладнання тощо.

## **4.2 Переміщення постраждалих двома поліцейськими**

*Перенесення постраждалих двома поліцейськими методом «віддай мені свій годинник».*



Аналогічно описаним методом один поліцейський тримає постраждалого за зап'ястки, інший поліцейський поміщає ноги постраждалого збоку від себе, дивлячись в одну сторону з перший поліцейським. Поліцейський, який тримає потерпілого за руки керує діями, подає команди, наприклад, «на рахунок три підняли!», а поліцейський біля ніг, йде попереду, попереджаючи другого поліцейського про перешкоди на шляху.

*Перенесення постраждалих двома поліцейськими*



Два рятувальники стають з боків від постраждалого; своїми руками захоплюють зап'ястки постраждалого і поміщають його руки так, щоб вони охоплювали шії рятувальників; вільними руками фіксують постраждалого «хрест на хрест» в з протилежних боків; нахиляються вперед і піднімають його для переміщення.



## ЛІТЕРАТУРА

1. Бідняк Г. С., Никифорова О. А. Алгоритм дій поліцейського під час надання домедичної допомоги потерпілим у невідкладних станах : відеопосібник. Дніпроп. держ. ун-т внутр. справ, 2021.
2. Вайда Т. С. Долікарська допомога : навч. посіб. Херсон : ОЛДІ-ПЛЮС, 2019. 874 с.
3. Домедична допомога. Стандарт підготовки поліцейського. Київ, 2019.
4. Домедична допомога : підручник для слухачів вищ. юрид. навч. закл. / А. В. Самодін, О. В. Чуприна, Т. П. Жилін та ін. / за заг. ред. В. В. Стеблюка. Київ : Нац. акад. внутр. справ, 2018. 226 с.
5. Домедична підготовка : підручник / А. В. Самодін, О. В. Чуприна, Т. П. Жилін та ін. ; за заг. ред. В. В. Стеблюка. Харків : Право, 2020. 344 с.
6. Домедична допомога на місці події : практичний посібник / П. Б. Волянський, А. М. Гринзовський, С. О. Гур'єв та ін. ; за заг. ред. проф. П. Б. Волянського та проф. С. О. Гур'єва. Херсон : Видавничий дім «Гельветика», 2020. 224 с.
7. Кікінчук В. В., Книженко С. О. Домедична підготовка : навч. посіб. / кол. авт. ; МВС України. Харків. нац. ун-т внутр. справ. Харків : ХНУВС, 2021. 176 с.
8. Конституція України : Закон України від 28 червня 1998 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80>.
9. Кримінальний кодекс України : Закон України. Редакція від 06.11.2022. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2341-14#Text>
10. Кримінальний процесуальний кодекс України : URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4651-17#Text>
11. Никифорова О. А. Домедична підготовка : методичні рекомендації до практичних занять з дисципліни. Дніпро : Дніпроп. держ. ун-т внутр. справ, 2021. 114 с.
12. Про Національну поліцію : Закон України від 2 липня 2015 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/580-19>
13. Закон України «Про екстрену медичну допомогу» Редакція від 07.01.2022. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5081-17#Text>

14. Про затвердження Порядку підготовки та підвищення кваліфікації осіб, які зобов'язані надавати домедичну допомогу : постанова Кабінету Міністрів України від 21.11.2012 № 1115. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1115-2012-%D0%BF>

15. Про організацію навчання окремих категорій немедичних працівників навичкам надання першої невідкладної медичної допомоги : наказ МОЗ України від 02.03.2009 № 132, зареєстровано в Міністерстві юстиції України 21.05.2009 № 445/16461 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0445-09>

16. Положення про Міністерство охорони здоров'я України : затвердженого постановою Кабінету Міністрів України Редакція від 07.10.2022 № 267. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/267-2015-%D0%BF#Text>

17. Про затвердження порядків надання домедичної допомоги особам при невідкладних станах : наказ МОЗ України Редакція від 07.10.2022 № 441. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0356-22#Text>

18. Про удосконалення підготовки з надання домедичної допомоги осіб, які не мають медичної освіти : наказ МОЗ від 04.08.2021 № 1627. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1627282-21#Text>

19. Тактична екстренна медична допомога. Надання ЕМД в умовах воєнного часу : відеолекція / Тернопільський національний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського, 2020. URL: <https://youtu.be/xvaFYDIkltk>

20. Черняхівський В. Й., Котляр Н. В., Кириченко І. Г. Основи домедичної підготовки : навчальний посібник / за заг. ред. О. А. Никифорової. Одеса : Видавничий дім «Гельветика», 2022. 188 с.



## Додаток А

### Комплекти з надання домедичної допомоги



**ЗАТВЕРДЖЕНО**  
**Наказ Міністерства**  
**охорони здоров'я України**  
**09 березня 2022 року № 441**

## **ПОРЯДОК**

### **надання домедичної допомоги постраждалим при масивній зовнішній кровотечі**

1. Цей Порядок визначає механізм надання домедичної допомоги постраждалим при масивній зовнішній кровотечі особами, які не мають медичної освіти, але за своїми службовими обов'язками повинні надавати домедичну допомогу.

2. У цьому Порядку термін «масивна зовнішня кровотеча» вживається у такому значенні – це невідкладний стан, який супроводжується значним витіканням крові з ран кінцівок, пахових, підпахвових ділянок, сідниць та шиї, незалежно від механізму отримання травми.

Інші терміни вживаються у значеннях, наведених в Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» та інших нормативно-правових актах у сфері охорони здоров'я.

3. Ознаками масивної зовнішньої кровотечі є будь-що з нижченаведеного:

- 1) швидке, інтенсивне витікання крові з рани;
- 2) пульсуючий характер кровотечі (кров б'є фонтаном);
- 3) пляма крові біля постраждалого, яка швидко збільшується;
- 4) значне просякнення одягу постраждалого кров'ю;
- 5) повна чи часткова ампутація кінцівки вище рівня кисті чи ступні;
- 6) порушення або втрата свідомості у постраждалого без ознак черепно-мозкової травми, при наявності зовнішньої кровотечі;
- 7) ознаки порушення перфузії: бліда шкіра, холодні кінцівки тощо, при наявності зовнішньої кровотечі.

4. Послідовність дій при наданні домедичної допомоги постраждалим при масивній зовнішній кровотечі:

- 1) переконатися у відсутності небезпеки;
- 2) покликати на допомогу оточуючих. Якщо випадкових свідків декілька слід звертатись до конкретної особи;

3) за наявності, перед початком надання домедичної допомоги використати засоби індивідуального захисту: рукавички, маска, захист очей;

4) при кровотечі з рани кінцівки та з можливістю її чіткої візуалізації:

а) здійснити максимально можливий тиск на рану руками;

б) накладити пов'язку, що тисне та оцінити її ефективність;

в) якщо кровотеча зупинилась:

заспокоїти постраждалого;

здійснити виклик екстреної медичної допомоги та дотримуватись вказівок диспетчера прийому виклику;

г) якщо кровотеча не зупинилась, накладити кровоспинний джгут:

кровоспинний джгут з можливістю створення додатково тиску слід накладати на відстані 5–7 см вище рани;

кровоспинні джгути не слід накладати безпосередньо на ліктьовий чи колінний суглоби;

г) після накладання кровоспинного джгута оцінити його ефективність:

якщо кровотеча зупинена, записати точний час накладання кровоспинного джгута безпосередньо на кровоспинному джгуті або іншому видимому місці. Якщо немає можливості записати час накладання кровоспинного джгута інформацію слід передати медичним працівникам та впевнитись, що час зафіксовано в медичній документації;

якщо є відповідний навик, перевірити наявність пульсу на кінцівці нижче накладання кровоспинного джгута, та, за його наявності, здійснити додатковий тиск кровоспинним джгутом та/або накладити додатковий кровоспинний джгут, як описано нижче;

якщо кровотеча не зупинилась, слід збільшити тиск кровоспинного джгута та/або накладити ще один кровоспинний джгут вище першого джгута. Якщо накладання другого кровоспинного джгута не ефективно або відсутня можливість його накладання, слід здійснювати прямий тиск на рану руками до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги або виконати тампонування рани;

5) при кровотечі з рани кінцівки без можливості її чіткої візуалізації:

а) накладити кровоспинний джгут максимально високо на кінцівку;

б) заспокоїти постраждалого та пояснити подальші дії;

в) розрізати одяг на кінцівці, якщо можливо;

г) оцінити ефективність накладання кровоспинного джгута:

якщо кровотеча зупинена, записати точний час накладання кровоспинного джгута безпосередньо на кровоспинному джгуті або іншому видимому місці. Якщо немає можливості записати час накладання

кровоспинного джгута, інформацію слід передати медичним працівникам та впевнитись, що час зафіксовано в медичній документації;

якщо є відповідний навик, перевірити наявність пульсу на кінцівці нижче накладання кровоспинного джгута, та за його наявності здійснити додатковий тиск кровоспинним джгутом та/або накладати додатковий кровоспинний джгут як описано нижче;

якщо кровотеча не зупинилась, слід збільшити тиск кровоспинного джгута та/або накладати ще один кровоспинний джгут залежно від місця локалізації рани. Якщо накладання другого кровоспинного джгута не ефективно або відсутня можливість його накладання, слід здійснювати прямий тиск на рану руками до приїзду бригади (швидкої) екстреної медичної допомоги або виконати тампонування рани;

не знімати та не послабляти кровоспинний джгут до приїзду бригади (швидкої) екстреної медичної допомоги;

б) при кровотечі з рани яка локалізована в пахвових, пахвинних ділянках, сідниць та основи шиї:

а) здійснити максимально можливий тиск на рану;

б) заспокоїти постраждалого та пояснити подальші дії;

в) здійснити туге тампонування рани за допомогою гемостатичного засобу або марлевого бинта. Після виконання тампонування слід здійснити прямий тиск на рану протягом 3 хвилин при використанні гемостатика та 10 хвилин при використанні марлевого бинта;

г) оцінити ефективність тампонування рани:

якщо кровотеча зупинена, надавати подальшу домедичну допомогу передбачену цим Порядком;

якщо кровотеча не зупинена, здійснити повторне тампонування рани за можливості. За відсутності такої можливості, здійснювати максимально можливий тиск руками на рану до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги.

5. Якщо під час зупинки масивної кровотечі постраждалий втратив свідомість, після оцінки ознак життя, слід перейти до Порядку надання домедичної допомоги дорослим при раптовій зупинці кровообігу або Порядку надання домедичної допомоги дітям при раптовій зупинці кровообігу, затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 09 березня 2022 року № 441.

<b>Генеральний директор</b> <b>Директорату медичних послуг</b>	<b>О. Машкевич</b>
---	--------------------

**ПОРЯДОК**  
**надання домедичної допомоги постраждалим**  
**при проникній травмі грудної клітки**

1. Цей Порядок визначає механізм надання домедичної допомоги постраждалим при проникній травмі грудної клітки особами, які не мають медичної освіти, але за своїми службовими обов'язками повинні надавати домедичну допомогу.

2. У цьому Порядку термін «проникна травма грудної клітки» вживається у такому значенні – наявність рани грудної клітки, з ознаками проникнення в плевральну порожнину незалежно від механізму травми.

Інші терміни вживаються у значеннях, наведених в Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» та інших нормативно-правових актах у сфері охорони здоров'я.

3. Ознаки проникної травми грудної клітки:

1) наявність рани в області грудної клітки з якої витікає яскрава, піниста кров;

2) наявність рани в області грудної клітки та наявний звук руху повітря через неї, в тому числі звук всмоктування повітря при кожному вдиху;

3) наявність декількох ран в області грудної клітки, що знаходяться в одній проекції.

4. Послідовність дій поліцейського при наданні домедичної допомоги постраждалим при підозрі на проникну травму грудної клітки:

1) перед наданням допомоги переконатися у відсутності небезпеки та за її відсутності перейти до наступного кроку;

2) заспокоїти постраждалого та пояснити свої подальші дії;

3) здійснити виклик екстреної медичної допомоги та дотримуватись вказівок диспетчера прийому виклику;

4) надати постраждалому максимально зручного для нього положення;

5) накласти на рану грудної клітки оклюзійну пов'язку:

попросить постраждалого здійснити максимально можливий видих та накладіть на рану оклюзійну пов'язку. За її відсутності накласти імпровізовану оклюзійну пов'язку з матеріалу який не пропускає повітря та зафіксувати її з усіх боків лейкопластиром. За відсутності такої можливості розгляньте тиск на рану долонею в гумовій рукавичці;

оцінити стан постраждалого та за умови його різкого погіршення, пов'язку слід зняти;

при наявності декількох ран, оклюзійну пов'язку слід накласти на всі рани;

6) якщо в рані грудної клітки знаходиться сторонній предмет, його слід залишити на місці та за можливості надійно зафіксувати. Сторонній предмет може бути видаленим з рани грудної клітки за умови коли він заважає проведенню серцево-легеневій реанімації;

7) забезпечити постійний нагляд за постраждалим до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги;

8) вкрити постраждалого термопокривалом / ковдрою;

9) при погіршенні стану постраждалого до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги повторно здійснити виклик екстреної медичної допомоги;

10) за можливості зібрати у постраждалого максимально можливу кількість інформації стосовно обставин травми. Всю отриману інформацію передати працівникам бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги або диспетчеру прийому виклику.

5. Якщо до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги постраждалий втратив свідомість, слід перейти до Порядку надання домедичної допомоги дорослим при раптовій зупинці кровообігу або Порядку надання домедичної допомоги дітям при раптовій зупинці кровообігу, затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 09 березня 2022 року № 441.

<b>Генеральний директор Директорату медичних послуг</b>	<b>О. Машкевич</b>
---	--------------------

**ПОРЯДОК**  
**надання домедичної допомоги постраждалим**  
**при тупій травмі грудної клітки**

1. Цей Порядок визначає механізм надання домедичної допомоги постраждалим при тупій травмі грудної клітки особами, які не мають медичної освіти, але за своїми службовими обов'язками повинні надавати домедичну допомогу.

2. У цьому Порядку термін «тупа травма грудної клітки» вживається у такому значенні – наявність ознак тупої травми грудної клітки, з ознаками перелому ребер та/або пошкодженням внутрішніх органів грудної клітки незалежно від механізму травми.

Інші терміни вживаються у значеннях, наведених в Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» та інших нормативно-правових актах у сфері охорони здоров'я.

3. Ознаки тупої травми грудної клітки:

- 1) наявність в області грудної клітки забоїв, гематом;
- 2) підшкірна емфізема – звук подібний на скрипіння снігу під час пальпації м'яких тканин;
- 3) переломи ребер: біль в області грудної клітки, вимушене положення;
- 4) асиметрія грудної клітки;
- 5) кровотеча в плевральну порожнину: часте поверхнєве дихання, бліда, холодна, волога шкіра, загальна слабкість, сплутана свідомість;
- 6) розрив легеневої тканини: біль в грудній клітці, часте поверхнєве дихання, відчуття нестачі повітря, бліда, холодна, волога шкіра, загальна слабкість, сплутана свідомість.

4. Послідовність дій при наданні домедичної допомоги постраждалим при підозрі на тупу травму грудної клітки:

- 1) перед наданням допомоги переконатися у відсутності небезпеки та за її відсутності перейти до наступного кроку;
- 2) заспокоїти постраждалого та пояснити свої подальші дії;

3) здійснити виклик екстреної медичної допомоги та дотримуватись вказівок диспетчера прийому виклику;

4) надати постраждалому максимально зручного для нього положення;

5) забезпечити постійний нагляд за постраждалим до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги;

6) вкрити постраждалого термопокривалом / ковдрою;

7) при погіршенні стану постраждалого до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги повторно здійснити виклик екстреної медичної допомоги;

8) за можливості зібрати у постраждалого максимально можливу кількість інформації стосовно обставин травми. Всю отриману інформацію передати працівникам бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги або диспетчеру служби екстреної медичної допомоги.

5. Якщо до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги постраждалий втратив свідомість, слід перейти до Порядку надання домедичної допомоги дорослим при раптовій зупинці кровообігу або Порядку надання домедичної допомоги дітям при раптовій зупинці кровообігу, затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 09 березня 2022 року № 441.

<b>Генеральний директор Директорату медичних послуг</b>	<b>О. Машкевич</b>
---	--------------------



**ПОРЯДОК**  
**надання домедичної допомоги постраждалим**  
**при травматичній ампутації**

1. Цей Порядок визначає механізм надання домедичної допомоги постраждалим при травматичній ампутації особами, які не мають медичної освіти, але за своїми службовими обов'язками повинні надавати домедичну допомогу.

2. У цьому Порядку термін «травматична ампутація» вживається у такому значенні – це невідкладний стан, при якому відбувається відсікання, відривання частини або всієї кінцівки (або іншої частини тіла) у результаті механічної дії.

Інші терміни вживаються у значеннях, наведених в Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» та інших нормативно-правових актах у сфері охорони здоров'я.

3. Послідовність дій при наданні домедичної допомоги постраждалим при травматичній ампутації:

- 1) перед наданням допомоги переконатися у відсутності небезпеки та за її відсутності перейти до наступного кроку;
- 2) за наявності масивної зовнішньої кровотечі діяти відповідно Порядку надання домедичної допомоги постраждалим при масивній зовнішній кровотечі, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 09 березня 2022 року № 441;
- 3) за наявності травматичної ампутації вище зап'ястя або травматичної ампутації вище ступні та відсутньої кровотечі, потрібно обов'язково накласти кровоспинний джгут;
- 4) заспокоїти постраждалого та пояснити свої подальші дії;
- 5) здійснити виклик екстреної медичної допомоги та дотримуватись вказівок диспетчера прийому виклику;
- 6) накласти чисту, стерильну пов'язку на культю;
- 7) надати постраждалому протишокове положення;
- 8) знерухомити культю;
- 9) вкрити постраждалого термопокривалом / ковдрою;

10) забезпечити постійний нагляд за постраждалим до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги;

11) знайти ампутовану частину тіла;

12) завернути ампутовану частину тіла в стерильну марлю / чисту тканину;

13) помістити ампутовану частину в поліетиленовий пакет (по можливості видалити з нього повітря);

14) помістити пакет в ємність, заповнену холодною водою / льодом;

15) при погіршенні стану постраждалого до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги повторно зателефонувати диспетчеру екстреної медичної допомоги;

16) за можливості зібрати у постраждалого максимально можливу кількість інформації стосовно обставин отримання травми. Всю отриману інформацію передати працівникам бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги або диспетчеру прийому виклику.

4. Якщо до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги постраждалий втратив свідомість, слід перейти до Порядку надання домедичної допомоги дорослим при раптовій зупинці кровообігу або Порядку надання домедичної допомоги дітям при раптовій зупинці кровообігу, затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 09 березня 2022 року № 441.

<b>Генеральний директор Директорату медичних послуг</b>	<b>О. Машкевич</b>
---	--------------------

**ПОРЯДОК**  
**надання домедичної допомоги постраждалим**  
**при синдромі довготривалого здавлення**

1. Цей Порядок визначає механізм надання домедичної допомоги постраждалим при синдромі довготривалого здавлення особами, які не мають медичної освіти, але за своїми службовими обов'язками повинні надавати домедичну допомогу.

2. У цьому Порядку термін «синдром довготривалого здавлення» вживається у такому значенні – це невідкладний стан при якому на певну частину тіла постраждалого здійснюється зовнішній тиск внаслідок чого порушується його кровопостачання та як наслідок ішемія та пошкодження м'яких тканин.

Інші терміни вживаються у значеннях, наведених в Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» та інших нормативно-правових актах у сфері охорони здоров'я.

3. Послідовність дій при наданні домедичної допомоги постраждалим при синдромі довготривалого здавлення:

- 1) перед наданням допомоги переконатися у відсутності небезпеки та за її відсутності перейти до наступного кроку;
- 2) заспокоїти постраждалого та пояснити свої подальші дії;
- 3) за можливості уточнити точний час виникнення синдрому довготривалого здавлення. Якщо постраждалий без свідомості, вважати, що пройшло більше ніж 10 хвилин;
- 4) негайно зателефонувати до диспетчера системи екстреної медичної допомоги, чітко надати необхідну інформацію за необхідності виконувати його вказівки та відповісти на всі запитання;
- 5) якщо з моменту стиснення пройшло менше ніж 10 хвилин, звільнити стиснену частину тіла:

за наявності рани та масивної зовнішньої кровотечі діяти відповідно до Порядку надання домедичної допомоги постраждалим при масивній зовнішній кровотечі, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 09 березня 2022 року № 441;

за наявності ознак перелому діяти відповідно Порядку надання домедичної допомоги постраждалим при підозрі на перелом кісток кінцівок, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 09 березня 2022 року № 441;

за наявності ознак шоку діяти відповідно Порядку надання домедичної допомоги при підозрі на шок, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 09 березня 2022 року № 441;

б) якщо з моменту стискання пройшло більше ніж 10 хвилин, не слід звільняти стиснену частину тіла постраждалого;

7) у випадку, коли необхідно терміново евакуювати постраждалого, але з моменту стискання пройшло більше ніж 10 хвилин, перед звільненням стиснутої частини кінцівка накласти кровоспинний джгут;

8) вкрити постраждалого термопокривалом / ковдрою;

9) забезпечити постійний нагляд за постраждалим до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги;

10) при погіршенні стану постраждалого до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги повторно зателефонувати диспетчеру екстреної медичної допомоги;

11) за можливості зібрати у постраждалого максимально можливу кількість інформації стосовно обставин травми та обставинах при її отримання. Всю отриману інформацію передати працівникам бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги або диспетчеру прийому виклику.

4. Якщо до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги постраждалий втратив свідомість, слід перейти до Порядку надання домедичної допомоги дорослим при раптовій зупинці кровообігу або Порядку надання домедичної допомоги дітям при раптовій зупинці кровообігу, затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 09 березня 2022 року № 441.

<b>Генеральний директор Директорату медичних послуг</b>	<b>О. Машкевич</b>
---	--------------------

**ПОРЯДОК**  
**надання домедичної допомоги постраждалим**  
**в умовах бойових дій / воєнного стану**

1. Цей Порядок визначає механізм та об'єм надання домедичної допомоги постраждалим внаслідок бойових дій / воєнного стану особами, які не мають медичної освіти, але за своїми службовими обов'язками повинні надавати домедичну допомогу.

2. У цьому Порядку терміни вживаються у такому значенні:

зона прямої загрози – це місце, де проводяться бойові дії та наявна висока загроза життю поліцейського, яка викликана зовнішніми чинниками, або коли дія зовнішніх чинників є більш загрозовою для постраждалого, ніж отримані пошкодження;

зона непрямой загрози – це місце, яке наближене до зони бойових дій та є ймовірність отримання поранення особами, що надають домедичну допомогу;

зона евакуації – це місце, яке віддалено від місця проведення бойових дій, безпечно з точки зору отримання поранень та з якого відбувається евакуація постраждалих.

Інші терміни вживаються у значеннях, наведених в Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» та інших нормативно-правових актах у сфері охорони здоров'я.

3. Дії, послідовність та об'єм надання домедичної допомоги постраждалим в зоні прямої загрози:

1) знаходячись в зоні прямої загрози слід:

при можливості переміститись в укриття;

надати самодопомогу;

убезпечити себе від отримання додаткових поранень;

2) при наданні домедичної допомоги слід обмежитись наступним:

гасіння вогню на тілі постраждалого;

зупинка масивної зовнішньої кровотечі – прямий тиск на рану або використовувати доступні кровоспинні джгути, якщо кровотеча з кінцівки. Якщо не видно країв рани, кровоспинний джгут накладається максимально високо на кінцівки;

час накладання кровоспинного джгута слід вказувати в більш безпечній зоні надання домедичної допомоги.

Не робити спроб послабити чи зняти джгут до моменту огляду постраждалого медиком. При порушеній свідомості та неможливості перемістити постраждалого в укриття чи зону непрямой загрози постраждалого слід повернути на живіт чи у стабільне бокове положення;

3) при спробі евакуації постраждалого в укриття чи наступну зону потрібно оцінити безпечність його здійснення, враховуючи шлях переміщення постраждалого, його масу тіла, загрозу зовнішніх факторів, в тому числі бойових дій.

4. Дії, послідовність та об'єм надання домедичної допомоги постраждалим в зоні непрямой загрози:

1) знаходячись в зоні непрямой загрози, слід оцінити стан постраждалого, дотримуючись наступної послідовності:

оцінити наявність зовнішньої масивної кровотечі та за її наявності – накласти кровоспинний джгут і затампонувати рану або використати прямий тиск на рану;

оцінити прохідність дихальних шляхів, попередньо оцінивши рівень свідомості постраждалого, шляхом простого звертання: «Ви мене чуєте?». Якщо постраждалий не реагує – забезпечити прохідність дихальних шляхів та оцінити дихання до 10 сек. За відсутності дихання при можливості слід розпочати серцево-легеневу реанімацію;

за наявності дихання та відсутньої свідомості: підтримувати прохідність дихальних шляхів – мануально (руками) чи забезпечивши стабільне бокове положення.

При масивних травмах обличчя у постраждалого в свідомості:

надати зручного (вимушеного) положення – сидячи з нахиленим вперед тулубом;

оглянути грудну клітку на предмет проникних поранень, за їх наявності накласти пов'язки з водонепроникного матеріалу, якщо після їх накладання стан постраждалого різко погіршився, зніміть та більше не здійснюйте спроб їх накладання;

оглянути постраждалого з голови до ніг, особливу увагу звернути на ефективність зупинки зовнішньої кровотечі, якщо така була здійснена на попередньому етапі. При триваючій кровотечі слід здійснити прямий тиск на рану і затампонувати рану та/або накласти додатковий кровоспинний джгут, обов'язково вкажіть час накладання джгута;

зупинити будь-яку кровотечу, яка була виявлена під час огляду – накласти пов'язки на рани. Також накласти пов'язки на будь-які інші рани, в тому числі опікові;

не слід тампонувати чи здійснювати надмірний тиск на рани голови, не слід тампонувати рани грудної клітки чи живота;

не слід накладати тиснучі пов'язки на око;

за можливості здійснити виклик екстреної медичної допомоги та дотримуватись вказівок диспетчера прийому виклику;

2) у випадку наближення бойових дій необхідно діяти відповідно до пункту 3 цього Порядку.

5. Дії, послідовність та об'єм надання домедичної допомоги постраждалим в зоні евакуації здійснюється відповідно до Порядків надання домедичної допомоги, затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 09 березня 2022 року № 441.

<b>Генеральний директор Директорату медичних послуг</b>	<b>О. Машкевич</b>
---	--------------------

*Навчально-методичне видання*

# ДІЇ ПРАЦІВНИКІВ НАЦІОНАЛЬНОЇ ПОЛІЦІЇ ПІД ЧАС ЗУПИНКИ КРИТИЧНОЇ КРОВОТЕЧІ В УМОВАХ ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ

## Методичні рекомендації

Редактор, оригінал-макет, дизайн	<i>Самотуга А.В</i>
Технічний редактор	<i>Гринюк О.С.</i>
Дизайн обкладинки	<i>Юдашкіна А.С.</i>
Верстання	<i>Семенченко Ю.С.</i>



**ЮРИДИКА**  
ВИДАВНИЦТВО

Підписано до друку 23.02.2024 р. Формат 60×84/16.  
Папір офсетний. Гарнітура Minion Pro. Цифровий друк.  
Ум. друк. арк. 3,72. Наклад 300. Замовлення № 025/0324.  
Віддруковано з готового оригінал-макета.

Видавництво і друкарня – Видавництво «Юридика»  
65101, Україна, м. Одеса, вул. Інглєзі, 6/1  
Тел.: +38 (095) 934 48 28, +38 (097) 723 06 08  
E-mail: [mailbox@juridica.od.ua](mailto:mailbox@juridica.od.ua)  
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 7653 від 18.08.2022 р.