
Last updated by Richard on 13-APR-2022 at 21:42 Zulu time
Цю сторінку востаннє відредаговано Річардом 13-квітня-2022 о 21:42 час зулу.

The latest version of this PDF document lives [here](#) on the internet
Останню версію даного PDF файлу ви можете знайти саме [тут](#), в мережі.

Tactical Combat Casualty Care (TCCC) *Guidelines for Medical Personnel*



Рекомендації з тактичної допомоги *пораненим в умовах бойових дій для* *медичного персоналу (ТБПД)*

English - [Ukrainian](#) / Англійська - [Українська](#)

This bi-lingual edition was prepared for [AMRG](#) with support coming from [VFU](#) and other non-profit partners. This PDF is formatted for A4 paper, the European standard, not the standard 8 1/2" x 11" letter paper used in the U.S..

The original English text and content were prepared by [Deployed Medicine](#), a U.S. [Defense Health Agency](#) partner. They are highly respected in military & veteran circles, and are often considered a *gold-standard* for medicine in austere environments. Given the urgency of the situation as well as time constraints, they were not consulted in this translation.

Linguists found the original English text to be dense and hard to read, and as a consequence, the Ukrainian version is sometimes longer and more descriptive. The Ukrainian translation *also* assumes the reader has no military training or background since [AMRG](#) intends to train a number of civilians in the role of trauma first response. As a consequence, the sections with military jargon have even more descriptions (*in italics, inside curved brackets*) to elucidate the original English text.

Special thanks to Mila who put the most amount of work into redacting the Ukrainian translation. Without her time & effort, none of this would be possible. Thank you to all other contributors past & present who make this living document possible!

Англійсько-українська версія цього документа була приготована для [AMRG](#) за допомогою [VFU](#) іншими волонтерами.

Оригінал Англійського тексту та вмісту був приготований [Розгорнутою Медициною](#), яка є партнером [агенції з Охорони Здоров'я](#) Міністерства Оборони Сполучених Штатів Америки. Ця організація високо цінується серед військових та ветеранів і є золотим стандартом надання медичної допомоги в суворих умовах. Через невідкладність даної ситуації та часових обмежень, вони не були проконсультовані в цьому перекладі.

Мовознавці виявили, що оригінальний англійський текст є щільним і важким для читання, тому, як наслідок, українська версія іноді є довшою та більш описовою. Український переклад приймає до уваги, що читач не має військової підготовки, так як [AMRG](#) планує навчати звичайних громадян як надавати першу невідкладну допомогу. В результаті, секція з військовим жаргоном має ще більше пояснень (*курсивом, в дужках*), що більш детально пояснює англійський текст.

Величезна подяка Мілі, яка приклала багато зусиль до редагування українського перекладу. Без її зусиль і докладання часу це було б неможливим. Велика подяка всім, хто приклав зусилля в минулому і теперішньому. Ви всі зробили створення даного документу можливим.

DISCLAIMER: This document and associated materials do not provide medical advice. The information, including but not limited to, text, graphics, images, and other material contained in this document and associated materials are for informational purposes only. No material in this document or its associated materials are intended to be a substitute for professional medical advice, diagnosis or treatment. Always seek the advice of your physician or other qualified healthcare provider with any questions you may have regarding a medical condition or treatment and before undertaking a new healthcare regimen, and never disregard professional medical advice or delay in seeking it because of something you have read in this document or its associated materials such as the additional training aids below.

ЗАСТЕРЕЖЕННЯ: Цей документ і пов'язані з ним матеріали не надають медичних порад. Інформація, включаючи, але не обмежуючись текстом, графіками, зображеннями та іншими матеріалами, що містяться в цьому документі та пов'язаних з ним матеріалах, призначена лише для інформаційних цілей. Жоден матеріал у цьому документі або пов'язаних з ним матеріалах не може замінити професійну медичну консультацію, діагностику або лікування. Завжди звертайтеся за порадою до свого лікаря або іншого кваліфікованого медичного працівника з будь-якими питаннями, які у вас можуть виникнути, щодо стану здоров'я або лікування, а також перед тим, як почати нове лікування, і ніколи не нехтуйте професійною медичною порадою та не відкладайте її з огляду на те, що ви прочитали в цьому документі або пов'язаними з ним матеріалами, такими як додаткові навчальні оголошення нижче.

Additional training aids: Додаткові навчальні оголошення:

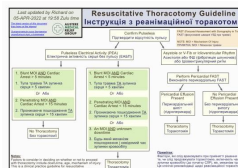
1. [Trauma Intubation Medications](#)
[ліки для травматичної інтубації трахеї](#)



2. [Trauma Resuscitation Medications](#)
[Препарати для надання допомоги у пацієнтів з травмою](#)



3. [Resuscitative Thoracotomy Guideline](#)
[Інструкція з реанімаційної торакотомії](#)



Basic Management Plan for Care Under Fire / Threat

Основний план дій допомоги під час

обстрілу/загрози (що робити, якщо ворог стріляє у вас, але серед вас є поранені товариші)

1. Return fire and take cover.

1. Відкрийте вогонь у відповідь та знайдіть укриття. (Якщо росіяни стріляють у вас, стріляйте в них у відповідь, але знайдіть для цього безпечне місце!)

2. Direct or expect casualty to remain engaged as a combatant if appropriate.

2. Скеруйте постраждалого продовжувати вогонь або очікуйте, що постраждалий продовжуватиме виконання бойового завдання, якщо це має місце. (Скажіть своєму пораненому товаришеві, щоб він продовжував стріляти в росіян, якщо потрібно, щоб зберегти дружні сили в живих)

3. Direct casualty to move to cover and apply self-aid if able or when tactically feasible, move or drag casualty to cover.

3. Скеруйте постраждалого переміститися в укриття та застосувати самодопомогу, якщо можливо або, коли це тактично здійснимо, перемістіть або перетягніть постраждалого до укриття. (Скажіть своєму пораненому товаришу знайти безпечне місце та лікувати власні травми, якщо ніхто інший не може допомогти)

4. Try to keep the casualty from sustaining additional wounds.

4. Намагайтеся, щоб постраждалий не отримав додаткових поранень. (зробіть все можливе, щоб убезпечити пораненого від додаткових травм)

5. Casualties should be extracted from burning vehicles or buildings and moved to places of relative safety. Do what is necessary to stop the burning process.

5. Постраждалих слід витягувати із палаючих транспортних засобів або будівель та переміщувати у місця відносної безпеки. Зробіть все необхідне, щоб зупинити процес горіння на пораненому. (Витягніть свого пораненого товариша з палаючого транспортного засобу і зробіть усе можливе, щоб зупинити вогонь)

6. Stop life-threatening external hemorrhage if tactically feasible:

6. Зупиніть зовнішню кровотечу, що загрожує життю, якщо тактично можливо (Зупиніть кровотечу, якщо ви можете це зробити, але вражайте на росіян, які намагаються вас вбити)

- Direct casualty to control hemorrhage by self-aid if able.
- Скеруйте постраждалого самостійно зупинити кровотечу, якщо це можливо. (Скажіть своєму пораненому товаришу знайти безпечне місце і лікувати власні травми, якщо ніхто інший не може їм допомогти)
- Use a CoTCCC-recommended limb tourniquet for hemorrhage that is anatomically amenable to tourniquet use.

- Використовуйте рекомендований Комітетом CoTCCC турнікет для кінцівок щоб зупинити кровотечу, якщо анатомічно можливо використати турнікет.
(Використовуйте відповідний турнікет, який є у американців, в місцях, які анатомічно доступні для його використання)
- Apply the limb tourniquet over the uniform clearly proximal to the bleeding site(s). If the site of the life-threatening bleeding is not readily apparent, place the tourniquet “high and tight” (as proximal as possible) on the injured limb and move the casualty to cover.
- Накладіть турнікет для кінцівок поверх одягу чи чітко вище місця кровотечі; якщо місце життєво-небезпечної кровотечі не очевидне, накладіть турнікет «високо та щільно» (проксимально і приблизно як можна ближче до рани) на пошкоджену кінцівку і перемістіть потерпілого в укриття. *(Накладіть турнікет поверх одягу пораненого біля кровотечі, щоб зупинити її. Якщо ви не можете точно побачити, звідки йде кровотеча, накладіть турнікет «високо та щільно», щоб зупинити можливу кровотечу)*

7. Airway management is generally best deferred until the Tactical Field Care phase.

7. Забезпечення прохідності дихальних шляхів, як правило, краще відкласти до етапу «Допомога в тактичних умовах». *(Це крок 4 у серії, описаній нижче)*

Tactical Field Care

Допомога в Тактичних Умовах

Basic Management Plan for Tactical Field Care

Основний план дій для етапу Допомога в тактичних умовах

1. ESTABLISH PERIMETER

1. ВСТАНОВІТЬ ПЕРИМЕТР

Establish a security perimeter in accordance with unit tactical standard operating procedures and/or battle drills. Maintain tactical situational awareness

Встановіть периметр безпеки відповідно до тактичних стандартних процедур підрозділу та/або обставин бою. Підтримуйте тактичну ситуаційну обізнаність (Скажіть деяким із ваших здорових товаришів, щоб вони пильнували росіян і створювали периметр безпеки, поки ви та інші медики лікуєте поранених товаришів)

2. TRIAGE

2. Медичне сортування, або ТРІАЖ

Triage casualties as required. Casualties with an altered mental status should have weapons and communications equipment taken away immediately.

Визначіть, кому потрібна допомога в першу чергу. У постраждалих зі зміненим психічним станом необхідно негайно вилучити зброю та засоби зв'язку. (З'ясуйте, кому в першу чергу потрібна медична допомога, а хто може почекати. Якщо людина психічно невірівноважена, заберіть від неї зброю, щоб вона випадково не застрелила товариша)

3. MASSIVE HEMORRHAGE

3. МАСИВНА КРОВОТЕЧА

a. Assess for unrecognized hemorrhage and control all sources of bleeding. If not already done, use a [CoTCCC](#)-recommended limb tourniquet to control life-threatening external hemorrhage that is anatomically amenable to tourniquet use or for any traumatic amputation. Apply directly to the skin 2-3 inches above the bleeding site. If bleeding is not controlled with the first tourniquet, apply a second tourniquet side-by-side with the first.

a. Огляньте на наявність нерозпізнаної кровотечі та тримайте під контролем всі місця кровотечі. Якщо це ще не зроблено, використовуйте рекомендований Комітетом CoTCCC турнікет для кінцівок, щоб контролювати критичну зовнішню кровотечу. Використовуйте турнікет, якщо це анатомічно можливо в разі кровотечі або будь-якої травматичної ампутації. Накладіть турнікет безпосередньо на шкіру, 5-8 см (2-3 дюйми) вище місця кровотечі. Якщо кровотеча не контролюється за допомогою першого турнікету, накладіть другий турнікет поруч із першим.

b. For compressible (external) hemorrhage not amenable to limb tourniquet use or as an adjunct to tourniquet removal, use Combat Gauze as the CoTCCC hemostatic dressing of choice.

b. У разі зовнішньої кровотечі, де неможливо застосувати турнікет або ж як доповнення при знятті турнікету, використовуйте гемостатичну марлю Combat Gauze рекомендовану Комітетом CoTCCC.

- Alternative hemostatic adjuncts:
- Альтернативні гемостатичні допоміжні засоби:
 - Celox Gauze or
■ Марля Celox або
 - ChitoGauze or
■ ЧитоМарля або
 - XStat (Best for deep, narrow-tract junctional wounds)
■ XStat (Найкраще для глибоких вузьких ран в проблемних зонах)
 - iTClamp (may be used alone or in conjunction with hemostatic dressing or XStat.
■ iTClamp (можна використовувати окремо, або в поєднанні з гемостатичною пов'язкою або XStat.
- Hemostatic dressings should be applied with at least 3 minutes of direct pressure (optional for XStat). Each dressing works differently, so if one fails to control bleeding, it may be removed and a fresh dressing of the same type or a different type applied. (Note: XStat is not to be removed in the field, but additional XStat, other hemostatic adjuncts, or trauma dressings may be applied over it.)
- Під час накладання гемостатичних пов'язок тисніть на рану не менше 3 хвилин (це не обов'язково при застосуванні XStatT). Кожна пов'язка діє по-різному, тому, якщо не вдається зупинити кровотечу, її можна зняти та накласти свіжу пов'язку, того ж або іншого типу. (Примітка: XStat не можна знімати в польових умовах, але на неї можна накласти додатковий XStat, інші гемостатичні допоміжні засоби або травматичні пов'язки.)
- If the bleeding site is amenable to use of a junctional tourniquet, immediately apply a junctional tourniquet. Do not delay in the application of the junctional tourniquet once it is ready for use. Apply hemostatic dressings with direct pressure if a junctional tourniquet is not available or while the junctional tourniquet is being readied for use.
- Якщо на місці кровотечі можливо використати вузловий турнікет, то негайно накладіть його. Не відкладайте накладання з'єднувального турнікету, коли він готовий до використання. Накладіть кровоспинні пов'язки та тисніть на рану, якщо з'єднувальний турнікет недоступний або поки турнікет готується до використання.

c. For external hemorrhage of the head and neck where the wound edges can be easily re-approximated, the iTClamp may be used as a primary option for hemorrhage control. Wounds should be packed with a hemostatic dressing or XStat, if appropriate, prior to iTClamp application.

с. При зовнішніх кровотечах голови та шиї, де краї рани легко суміщаються, можна використовувати iTClamp як основний варіант для контролю кровотечі. Перед нанесенням iTClamp на рани слід виконати тампонаду рани гемостатичною пов'язкою або XStat, якщо можливо.

- The iTClamp does not require additional direct pressure, either when used alone or in combination with other hemostatic adjuncts.
- iTClamp не потребує додаткового прямого тиску на рану, як при використанні окремо, так і в комбінації з іншими гемостатичними допоміжними засобами.
- If the iTClamp is applied to the neck, perform frequent airway monitoring and evaluate for an expanding hematoma that may compromise the airway. Consider placing a definitive airway if there is evidence of an expanding hematoma.
- Якщо iTClamp накладено на шию, проводьте часту переоцінку стану дихальних шляхів та слідкуйте, щоб не було гематоми, що збільшується, та що може спричинити порушення прохідності дихальних шляхів. Розгляньте можливість використання інших засобів (надгортанного повітропроводу або виконання інтубації трахеї) для відновлення проходження дихальних шляхів, якщо є ознаки гематоми, що збільшується.
- DO NOT APPLY on or near the eye or eyelid (within 1cm of the orbit).
- НЕ ЗАСТОСОВУВАТИ на або біля ока чи повіки (у межах 1 см від орбіти).

d. Perform initial assessment for hemorrhagic shock (altered mental status in the absence of brain injury and/or weak or absent radial pulse) and consider immediate initiation of shock resuscitation efforts.

д. Виконайте первинну оцінку геморагічного шоку (знижений рівень свідомості за відсутності травми головного мозку та/або слабкий радіальний пульс або його відсутність) та розгляньте можливість негайного початку реанімаційних заходів з метою лікування шоку.

4. AIRWAY MANAGEMENT

4. ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРОХІДНОСТІ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ

a. Conscious casualty with no airway problem identified:

а. Постраждалий у свідомості без виявлених проблем з дихальними шляхами:

- No airway intervention required
- Не потребує проведення додаткових заходів

b. Unconscious casualty without airway obstruction:

б. Потерпілий без свідомості але без обструкції (порушення прохідності) дихальних шляхів:

- Place casualty in the recovery position
- Помістіть постраждалого у стабільне положення на бік
- Chin lift or jaw thrust maneuver OR
- Застосуйте маневри запрокидування голови (підняти підборіддя) або висування нижньої щелепи АБО
- Nasopharyngeal airway OR
- Застосуйте назофарингеальний повітровід АБО
- Extraglottic airway
- Застосуйте надгортанний повітропровід.

c. Casualty with airway obstruction or impending airway obstruction:

с. Постраждалий з обструкцією (порушення прохідності) або загрозою обструкції верхніх дихальних шляхів:

- Allow a conscious casualty to assume any position that best protects the airway, to include sitting up and/or leaning forward.
- Дозволити потерпілому в свідомості прийняти будь-яку позицію, що найкраще сприяє прохідності дихальних шляхів, зокрема сидячи та/або нахилившись вперед.
- Use a chin lift or jaw thrust maneuver
- Використати маневр запрокидування голови або висування нижньої щелепи
- Use suction if available and appropriate
- Виконати аспірацію вмісту верхніх дихальних шляхів, якщо це можливо та доречно
- Nasopharyngeal airway OR
- Ввести назофарингеальний повітровід АБО
- Extraglottic airway (if the casualty is unconscious)
- Ввести надгортанний повітропровід (якщо потерпілий без свідомості)
- Place an unconscious casualty in the recovery position.
- Помістити потерпілого без свідомості у стабільне положення.

d. If the previous measures are unsuccessful, perform a surgical cricothyroidotomy using one of the following:

д. Якщо попередні заходи виявилися безуспішними, виконайте хірургічну крикотиреоїдотомію, використовуючи одну з наступних дій:

- [Bougie-aided](#) open surgical technique using a flanged and cuffed airway cannula of less than 10 mm outer diameter, 6-7 mm internal diameter, and 5- 8 cm of intratracheal length
 - Відкрита хірургічна техніка по провіднику, з використанням допоміжного бужу, та трахеальної канюлі з фланцем і манжетою зовнішнього діаметра менше 10 мм, внутрішнього діаметра 6-7 мм і внутрішньотрахеальної довжини 5-8 см
 - Standard open surgical technique using a flanged and cuffed airway cannula of less than 10mm outer diameter, 6-7 mm internal diameter, and 5-8 cm of intra-tracheal length
 - Стандартна відкрита хірургічна техніка з використанням трахеальної канюлі з фланцем та манжетою з зовнішнім діаметром менше 10 мм, внутрішнім діаметром 6-7 мм і внутрішньотрахеальною довжиною 5-8 см
 - Use lidocaine if the casualty is conscious.
 - Використовуйте лідокаїн, якщо потерпілий у свідомості.
- e. Cervical spine stabilization is not necessary for casualties who have sustained only penetrating trauma.
- [е. Стабілізація шийного відділу хребта не потрібна постраждалим, що отримали лише проникаючі травми.](#)
- f. Monitor the hemoglobin oxygen saturation in casualties may change over time and requires frequent reassessment.
- [f. Контролюйте насичення гемоглобіну киснем у постраждалих, бо сатурація може змінюватися з часом, і вимагає частоті переоцінки.](#)
- g. Always remember that the casualty's airway status may change over time and requires frequent reassessment.
- [g. Завжди пам'ятайте, що стан прохідності дихальних шляхів потерпілого може змінюватися з часом і вимагає частоті переоцінки.](#)
- If an extraglottic airway with an air-filled cuff is used, the cuff pressure must be monitored to avoid overpressurization, especially during a TACtical EVACuation (TACEVAC) on an aircraft with the accompanying pressure changes.
 - Якщо використовуються надгортанні пристрої з манжетою наповненою повітрям, необхідно контролювати тиск в манжеті, щоб уникнути надлишкового тиску в дихальних шляхах, особливо під час тактичної повітряної евакуації (TACEVAC) з супутніми змінами атмосферного тиску.
 - Extraglottic airways will not be tolerated by a casualty who is not deeply unconscious. If an unconscious casualty without direct airway trauma needs an airway intervention, but does not tolerate an extraglottic airway, consider the use of a nasopharyngeal airway.
 - Надгортанні пристрої зазвичай погано переносяться постраждалими, що не перебувають в глибокій несвідомості. Якщо постраждалий без свідомості та без прямої травми дихальних шляхів потребує медичного втручання, але не може

перенести використання надгортанних пристроїв, розгляньте застосування назофарингеального повітропроводу.

- For casualties with trauma to the face and mouth, or facial burns with suspected inhalation injury, nasopharyngeal airways and extraglottic airways may not suffice and a surgical cricothyroidotomy may be required.
- Для постраждалих з травмою обличчя та роту або опіком обличчя та підозрою на інгаляційну травму, використання назофарингеальних повітропроводів та надгортанних пристроїв може бути неефективним, і може знадобитися хірургічна крикотиреоїдотомія.
- Surgical cricothyroidotomies should not be performed on unconscious casualties who have no direct airway trauma unless use of a nasopharyngeal airway and/or an extraglottic airway have been unsuccessful in opening the airway.
- Крикотиреоїдотомія не повинна виконуватися на потерпілих без свідомості та у яких не виявлено прямої травми дихальних шляхів; за винятком, якщо використання назофарингеального повітропроводу та/або надгортанних пристроїв для відкриття дихальних шляхів не було вдалим.

5. RESPIRATION/BREATHING

5. ДИХАННЯ

a. Assess for tension pneumothorax and treat as necessary.

a. Оцініть наявність напруженого пневмотораксу та надайте допомогу за необхідності.

- Suspect a tension pneumothorax and treat when a casualty has significant torso trauma or primary blast injury and one or more of the following:
- Запідозріть напружений пневмоторакс та надайте допомогу, якщо потерпілий має значну проникаючу або закриту травму грудної клітки, та одне або більше з наступного:
 - Severe or progressive respiratory distress
 - Значний або прогресуючий респіраторний дистрес
 - Severe or progressive tachypnea
 - Прискорена або наростаюча частота дихання (тахіпное)
 - Absent or markedly decreased breath sounds on one side of the chest
 - Ослаблене чи відсутнє дихання при аускультції з одного боку грудної клітки
 - Hemoglobin oxygen saturation < 90% on pulse oximetry
 - Насичення гемоглобіну киснем < 90% при пульсоксиметрії

- Shock
- Шок
- Traumatic cardiac arrest without obviously fatal wounds
- Травматична зупинка серця без явних смертельних поранень

NOTE: If not treated promptly, tension pneumothorax may progress from respiratory distress to shock and traumatic cardiac arrest.

ПРИМІТКА: Якщо не надати своєчасне лікування, напружений пневмоторакс може прогресувати від респіраторного дистресу до шоку та травматичної зупинки серця.

- Initial treatment of suspected tension pneumothorax:
- Початкове лікування при підозрі на напружений пневмоторакс:
 - If the casualty has a chest seal in place, burp or remove the chest seal.
 - Якщо потерпілий має оклюзійну наклейку грудної клітки, випустіть повітря або зніміть її.
 - Establish pulse oximetry monitoring.
 - Встановіть пульсоксиметр та слідкуйте за сатурацією гемоглобіну
 - Place the casualty in the supine or recovery position unless he or she is conscious and needs to sit up to help keep the airway clear as a result of maxillofacial trauma.
 - Помістіть постраждалого на спину або на бік; за винятком, якщо постраждалий перебуває у свідомості і йому потрібно сісти, щоб підтримувати прохідність дихальних шляхів внаслідок щелепно-лицевої травми.
 - Decompress the chest on the side of the injury with a 14-gauge or a 10-gauge, 3.25-inch needle/catheter unit.
 - Виконайте пункційну декомпресію грудної порожнини на боці травми за допомогою голки/катетера 14G або 10G та 8,25 см (3,25-дюймів) довжиною.
 - If a casualty has significant torso trauma or primary blast injury and is in traumatic cardiac arrest (no pulse, no respirations, no response to painful stimuli, no other signs of life), decompress both sides of the chest before discontinuing treatment.
 - Якщо потерпілий має значну проникаючу або закриту травму грудної клітки, і у нього присутні ознаки травматичної зупинки серця (відсутні пульс, дихання, реакція на больові подразники, та інші ознаки життя), декомпресуйте обидві сторони грудної клітки перш, ніж припинити надання допомоги.

NOTE: Either the 5th intercostal space (ICS) in the anterior axillary line (AAL) or the 2nd ICS in the mid-clavicular line (MCL) may be used for needle decompression (NDC.) If the anterior (MCL) site is used, do not insert the needle medial to the nipple line.

ПРИМІТКА. Пункційну декомпресію можна виконувати як у 5-му міжреберному проміжку (ICS) по передній пахвинній лінії (AAL), так і у 2-му міжреберному проміжку (ICS) по середньоключичній лінії (MCL). Якщо використовується ділянка на середньоключичній лінії (MCL), не вводьте голку медіально до лінії соска.

The needle/catheter unit should be inserted at an angle perpendicular to the chest wall and just over the top of the lower rib at the insertion site. Insert the needle/catheter unit all the way to the hub and hold it in place for 5-10 seconds to allow decompression to occur.

Голку/катетер слід вводити під кутом перпендикулярним до грудної клітки та по верхньому краю нижнього ребра в місці введення. Введіть голку/катетер до упору та утримуйте його на місці протягом 5-10 секунд, щоб відбулася декомпресія.

After the NDC has been performed, remove the needle and leave the catheter in place.
Після проведення пункційної декомпресії вийміть голку та залиште катетер на місці.

- The NDC should be considered successful if:
- Пункційну декомпресію слід вважати успішною, якщо:
 - Respiratory distress improves, OR
 - Зменшуються ознаки респіраторного дистресу, АБО
 - There is an obvious hissing sound as air escapes from the chest when NDC is performed (this may be difficult to appreciate in high-noise environments), OR
 - Під час виконання декомпресії з грудної клітки виходить очевидне шипіння (це може бути важко оцінити в середовищі з високим рівнем шуму), АБО
 - Hemoglobin oxygen saturation increases to 90% or greater (note that this may take several minutes and may not happen at altitude), OR
 - Насичення гемоглобіну киснем збільшується до 90% або більше (зверніть увагу, що це може зайняти кілька хвилин і може не відбуватися на висоті), АБО
 - A casualty with no vital signs has return of consciousness and/or ` radial pulse.
 - Поранений, що був без ознак життя, приходить до свідомості та/або в нього з'являється радіальний пульс.
- If the initial NDC fails to improve the casualty's signs/symptoms from the suspected tension pneumothorax:
- Якщо початкова пункційна декомпресія не покращує ознаки/симптоми напруженого пневмотораксу у постраждалого:

- Perform a second NDC on the same side of the chest at whichever of the two recommended sites was not previously used. Use a new needle/catheter unit for the second attempt.
- Виконайте другу пункційну декомпресію на тій же стороні грудної клітки в одному з двох рекомендованих місць, яке не було використане до того. Використовуйте нову голку/катетер.
- Consider, based on the mechanism of injury and physical findings, whether decompression of the opposite side of the chest may be needed.
- Поміркуйте, виходячи з механізму травми та симптомів, чи потрібна декомпресія протилежного боку грудної клітки.
- Continue to re-assess!
- Продовжуйте переоцінювати клінічний стан!
- If the initial NDC was successful, but symptoms later recur:
- Якщо спочатку декомпресія була ефективною, але симптоми пізніше відновились:
 - Perform another NDC at the same site that was used previously. Use a new needle/catheter unit for the repeat NDC.
 - Виконайте ще одну пункційну декомпресію з того ж боку, де була проведена попередня спроба. Використовуйте нову голку/катетер для повторної декомпресії.
 - Continue to re-assess!
 - Продовжуйте переоцінювати клінічний стан!
- If the second NDC is also not successful:
- Якщо друга пункційна декомпресія також не вдалась:
 - Continue on to the Circulation section of the TCCC Guidelines.
 - Перейдіть до розділу Кровообіг протоколу ТССС.

b. All open and/or sucking chest wounds should be treated by immediately applying a vented chest seal to cover the defect. If a vented chest seal is not available, use a non-vented chest seal. Monitor the casualty for the potential development of a subsequent tension pneumothorax. If the casualty develops increasing hypoxia, respiratory distress, or hypotension and a tension pneumothorax is suspected, treat by burping or removing the dressing or by needle decompression.

b. Усі відкриті рани грудної клітки та/або рани, що всмоктують повітря, слід обробляти негайно, накладаючи оклюзійну наклейку з клапаном, щоб прикрити дефект. Якщо наклейка з клапаном недоступна, використовуйте наклейку без клапану. Слідкуйте за пораненим на предмет можливого розвитку напруженого пневмотораксу. Якщо у потерпілого розвивається наростаюча гіпоксія, респіраторний дистрес або гіпотонія, і є підозра на напружений пневмоторакс, треба лікувати шляхом випуску повітря

(відклеївши один край наклейки), зняття наклейки або виконання пункційної декомпресії.

c. Initiate pulse oximetry. All individuals with moderate/severe TBI (traumatic brain injury) should be monitored with pulse oximetry. Readings may be misleading in the settings of shock or marked hypothermia.

с. Розпочніть пульсоксиметрію. В усіх осіб з помірною/важкою формою ЧМТ (Черепно-мозкова травма) має проводитися пульсоксиметрія. Показання можуть бути оманливими в умовах шоку або вираженої гіпотермії.

d. Casualties with moderate/severe TBI should be given supplemental oxygen when available to maintain an oxygen saturation > 90%.

д. Пораненим із помірною/тяжкою формою ЧМТ слід надати додатковий кисень, якщо він доступний, щоб підтримувати кисневе насичення > 90%.

6. CIRCULATION

6. КРОВООБІГ

a. Bleeding

a. Кровотеча

- A pelvic binder should be applied for cases of suspected pelvic fracture: Severe blunt force or blast injury with one or more of the following indications:
- У разі підозри на перелом кісток тазу слід накладати тазовий бандаж:

Травма від вибуху або сильного удару тупим предметом з однією або кількома наступних ознак:

- Pelvic pain
- Біль в ділянці тазу
- Any major lower limb amputation or near amputation
- Будь-яка висока ампутація нижньої кінцівки або близька до ампутації
- Physical exam findings suggestive of a pelvic fracture
- Результати клінічного обстеження вказують на перелом тазу
- Unconsciousness
- Постраждалий без свідомості
- Shock
- Постраждалий в стані шоку

- Reassess prior tourniquet application. Expose the wound and determine if a tourniquet is needed. If it is needed, replace any limb tourniquet placed over the uniform with one applied directly to the skin 2-3 inches above the bleeding site. Ensure that bleeding is stopped. If there is no traumatic amputation, a distal pulse should be checked. If bleeding persists or a distal pulse is still present, consider additional tightening of the tourniquet or the use of a second tourniquet side-by-side with the first to eliminate both bleeding and the distal pulse. If the reassessment determines that the prior tourniquet was not needed, then remove the tourniquet and note time of removal on the TCCC Casualty Card.
- Повторно оцініть попереднє накладання турнікету. Огляньте рану і визначте, чи потрібен турнікет. Якщо це необхідно, замініть будь-який турнікет кінцівки, накладений на уніформу, на той, який накладається безпосередньо на шкіру на 5-8 см (2-3 дюйма) вище місця кровотечі. Переконайтеся, що кровотеча зупинена. Якщо травматичної ампутації немає, необхідно перевірити дистальний пульс. Якщо кровотеча триває або дистальний пульс все ще присутній, розгляньте можливість додаткового затягування турнікету або використання другого турнікету поруч із першим, щоб усунути кровотечу та дистальний пульс. Якщо повторна оцінка визначить, що попередній турнікет не був потрібним, зніміть турнікет і відзначте час зняття в картці потерпілого TCCC.
- Limb tourniquets and junctional tourniquets should be converted to hemostatic or pressure dressings as soon as possible if three criteria are met: the casualty is not in shock; it is possible to monitor the wound closely for bleeding; and the tourniquet is not being used to control bleeding from an amputated extremity. Every effort should be made to convert tourniquets in less than 2 hours if bleeding can be controlled with other means. Do not remove a tourniquet that has been in place more than 6 hours unless close monitoring and lab capability are available.
- Турнікети для кінцівок і вузлові турнікети повинні бути замінені на кровоспинні або компресійні пов'язки якомога швидше, якщо виконуються три критерії: потерпілий не перебуває в стані шоку; є можливість уважно стежити за ранюю на предмет кровотечі; і турнікет не був використаний для зупинки кровотечі на ампутованій кінцівці. Необхідно докласти всіх зусиль, щоб замінити турнікет менш ніж за 2 години, якщо кровотечу можна контролювати іншими засобами. Не знімайте турнікет, накладений більше 6 годин назад, якщо немає можливостей лабораторних досліджень і ретельного спостереження.
- Expose and clearly mark all tourniquets with the time of tourniquet application. Note tourniquets applied and time of application; time of re- application; time of conversion; and time of removal on the TCCC Casualty Card. Use a permanent marker to mark on the tourniquet and the casualty card.
- Проведіть облік і чітко позначте час, коли кожний турнікет був накладений. В картці потерпілого TCCC позначте, які турнікети було застосовано та час їх накладання; час повторного накладання; час їх замінення; та час, коли вони були зняті. Позначте перманентним маркером на турнікеті та в картці потерпілого.

b. Assess for hemorrhagic shock (altered mental status in the absence of brain injury and/or weak or absent radial pulse).

b. Проведіть огляд на предмет геморагічного шоку (знижений рівень свідомості за відсутності травми головного мозку та/або слабкий чи відсутній радіальний пульс).

c. IV/IO Access

c. Внутрішньовенний (в/в) або внутрішньокістковий (в/к) доступ

- Intravenous (IV) or intraosseous (IO) access is indicated if the casualty is in hemorrhagic shock or at significant risk of shock (and may therefore need fluid resuscitation), or if the casualty needs medications, but cannot take them by mouth.
- Показаний внутрішньовенний (в/в) або внутрішньокістковий (в/к) доступ, якщо потерпілий перебуває у стані геморагічного шоку, або має значний ризик розвитку шоку (тому може знадобитися проведення інфузійної терапії), або пораненому необхідно вводити медикаменти, які неможливо прийняти перорально.
 - An 18-gauge IV or saline lock is preferred.
 - Найкраще використовувати катетер 18G або замок з фізіологічним розчином.
 - If vascular access is needed but not quickly obtainable via the IV route, use the IO route.
 - Якщо необхідна реанімація, а внутрішньовенний доступ неможливо швидко отримати, використайте внутрішньокістковий доступ

d. Tranexamic Acid (TXA)

d. Транексамова кислота (ТХА)

- If a casualty will likely need a blood transfusion (for example: presents with hemorrhagic shock, one or more major amputations, penetrating torso trauma, or evidence of severe bleeding)
- Якщо потерпілому, ймовірно, знадобиться переливання крові (наприклад: він у стані геморагічного шоку, одна або кілька великих ампутацій, проникаюча травма тулуба або ознаки сильної кровотечі)

OR - АБО

- If the casualty has signs or symptoms of significant TBI or has altered mental status associated with blast injury or blunt trauma"
- Якщо потерпілий має ознаки чи симптоми значної ЧМТ або знижений рівень свідомості, пов'язаний із вибуховою травмою або травмою заданою тупим предметом

- Administer 2 gm of tranexamic acid via slow IV or IO push as soon as possible but NOT later than 3 hours after injury.
- Повільно введіть 2 г транексамової кислоти внутрішньовенно/внутрішньокістково якомога швидше, але НЕ пізніше ніж через 3 години після травми.

e. Fluid resuscitation

e. Інфузійна терапія

- Assess for hemorrhagic shock (altered mental status in the absence of brain injury and/or weak or absent radial pulse).
- Огляньте пацієнта на наявність геморагічного шоку (порушення свідомості за відсутності ушкодження мозку або/і слабкий чи відсутній радіальний пульс).
- The resuscitation fluids of choice for casualties in hemorrhagic shock, listed from most to least preferred, are:
- Рекомендовані розчини для реанімації поранених у стані геморагічного шоку, починаючи від найкращих:

1. Cold stored low titer O whole blood

1. Цільна кров групи О з низьким титром аглютинінів, що зберігалась в умовах холодильника

2. Pre-screened low titer O fresh whole blood

2. Свіжа цільна кров групи О з низьким титром аглютинінів від попередньо обстежених донорів

3. Plasma, red blood cells (RBCs) and platelets in a 1:1:1 ratio

3. Плазма, еритроцити (еритроцити) і тромбоцити у співвідношенні 1:1:1

4. Plasma and RBCs in a 1:1 ratio

4. Плазма та еритроцити у співвідношенні 1:1

5. Plasma or RBCs alone

5. Плазма або еритроцити окремо

NOTE: Hypothermia prevention measures [Section 7] should be initiated while fluid resuscitation is being accomplished.

ПРИМІТКА. Заходи щодо запобігання гіпотермії [Розділ 7] слід розпочати під час проведення інфузійної терапії.

If not in shock:

Якщо шок відсутній:

- No IV fluids are immediately necessary.
- Немає негайної потреби у внутрішньовенному введенні інфузійного розчину.

- Fluids by mouth are permissible if the casualty is conscious and can swallow.
- Можна давати пораненому пити, якщо він у свідомості і може ковтати

If in shock and blood products are available under an approved command or theater blood product administration protocol:

Якщо потерпілий у стані шоку, і препарати крові є в наявності та їх використання дозволено відповідними протоколами:

Resuscitate with cold stored low titer O whole blood, or, if not available

Переливайте цільну кров групи О з низьким титром аглютинінів, що зберігалась в умовах холодильника або, якщо вона не доступна

- Pre-screened low titer O fresh whole blood, or, if not available
- Свіжозаготовлену цільну кров групи О з низьким титром аглютинінів від попередньо обстежених донорів або, якщо вона не доступна
- Plasma, RBCs, and platelets in a 1:1:1 ratio, or, if not available
- Плазму, еритроцити і тромбоцити у співвідношенні 1:1:1 або, якщо не доступно
- Plasma and RBCs in a 1:1 ratio, or, if not available
- Плазму та еритроцити у співвідношенні 1:1 або, якщо не доступно
- Reconstituted dried plasma, liquid plasma or thawed plasma alone or RBCs alone
- Відновлену суху плазму, рідку плазму або лише розморожену плазму окремо або окремо еритроцити
- Reassess the casualty after each unit. Continue resuscitation until a palpable radial pulse, improved mental status or systolic BP of 100 mmHg is present.
- Перевіряйте стан постраждалого після кожного введення одиниці препарату. Продовжуйте реанімацію, поки не буде наявний радіальний пульс, покращення стану свідомості або досягнення показника систолічного тиску 100 мм рт. Ст.
- Discontinue fluid administration when one or more of the above end points has been achieved.
- Припиніть введення розчинів, коли досягнете одного або більше з вище перерахованих пунктів.
- If blood products are transfused, administer one gram of calcium (30 ml of 10% calcium gluconate or 10 ml of 10% calcium chloride) IV/IO after the first transfused product.
- Якщо продукти крові вже перелито, введіть один грам кальцію (30 мл 10% глюконату кальцію або 10 мл 10% хлориду кальцію) внутрішньовенно/внутрішньокістково після першої дози крові або її компонентів.

Given increased risk for a potentially lethal hemolytic reaction, transfusion of unscreened group O fresh whole blood or type specific fresh whole blood should only be performed under appropriate medical direction by trained personnel.

Враховуючи підвищений ризик потенційно смертельної гемолітичної реакції, переливання неперевіреної свіжої цільної крові групи О або визначення групи цільної свіжої крові має бути проведено лише під відповідним контролем кваліфікованого медичного персоналу.

Transfusion should occur as soon as possible after life-threatening hemorrhage in order to keep the patient alive. If Rh negative blood products are not immediately available, Rh positive blood products should be used in hemorrhagic shock.

Переливання повинно відбуватися якомога швидше після виявлення життєво небезпечної кровотечі, щоб зберегти життя пацієнта. Якщо продукти крові з негативним резус-фактором не доступні відразу, слід використовувати препарати крові з позитивним резус-фактором при наявному геморагічному шоці.

If a casualty with an altered mental status due to suspected TBI has a weak or absent radial pulse, resuscitate as necessary to restore and maintain a normal radial pulse. If BP monitoring is available, maintain a target systolic BP between 100-110 mmHg.

Якщо у пораненого із порушеною свідомістю внаслідок ЧМТ слабкий або відсутній променевий пульс, необхідно вводити інфузійні розчини для відновлення та підтримки нормального променевого пульсу. Якщо можливе відстеження тиску, підтримуйте систолічний тиск в межах 100-110 мм рт.ст.

Reassess the casualty frequently to check for recurrence of shock. If shock recurs, re-check all external hemorrhage control measures to ensure that they are still effective and repeat the fluid resuscitation as outlined above.

Часто оглядайте постраждалого, щоб перевірити, чи не починається знову стан шоку. Якщо виявлено ознаки повторного шоку, перевірте всі засоби зупинки зовнішньої кровотечі, та впевніться в їх ефективності і повторіть інфузійну терапію, як описано вище.

f. Refractory Shock

f. Рефрактерний шок

- If a casualty in shock is not responding to fluid resuscitation, consider untreated tension pneumothorax as a possible cause of refractory shock. Thoracic trauma, persistent respiratory distress, absent breath sounds, and hemoglobin oxygen saturation < 90% support this diagnosis. Treat as indicated with repeated NDC or finger thoracostomy/chest tube insertion at the 5th ICS in the AAL, according to the skills, experience, and authorizations of the treating medical provider. Note that if finger thoracostomy is used, it may not remain patent and finger decompression through the incision may have to be repeated. Consider decompressing the opposite side of the chest if indicated based on the mechanism of injury and physical findings
- Якщо введення реанімаційної рідини у постраждалого в стані шоку не є ефективною, розгляньте нелікований напружений пневмоторакс як можливу

причину рефрактерного шоку. Травма грудної клітки, стійке порушення дихання, відсутність шумів дихання та насичення гемоглобіну киснем < 90% підтверджують цей діагноз. Лікуйте за допомогою пункційної декомпресії двічі або пальцевої торакастомії/дренування грудної порожнини у 5-му міжреберному проміжку (ICS) по передній пахвинній лінії (AAL), відповідно до навичок, досвіду та ліцензій на такі маніпуляції. Зауважте, що якщо використовується пальцева торакастомія, вона може не залишитися відкритою, і пальцеву декомпресію через цей розріз, можливо, доведеться повторити. Розгляньте можливість декомпресії протилежної сторони грудної клітки, в залежності від механізму травми та результатів клінічного огляду.

7. HYPOTHERMIA PREVENTION

7. ПОПЕРЕДЖЕННЯ ГІПОТЕРМІЇ

a. Take early and aggressive steps to prevent further body heat loss and add external heat when possible for both trauma and severely burned casualties.

a. Вживайте ранніх і агресивних заходів, щоб запобігти подальшій втраті тепла тілом, коли це можливо, зігрівайте пораненого, як при травмах, так із значними опіками.

b. Minimize casualty's exposure to cold ground, wind and air temperatures. Place insulation material between the casualty and any cold surface as soon as possible. Keep protective gear on or with the casualty if feasible.

b. Мінімізуйте контакт постраждалого з холодною землею, вітром та температурами повітря. Помістіть ізоляційний матеріал між потерпілим і будь-якою холодною поверхнею якомога швидше. Залиште захисне спорядження на потерпілому або поруч із ним, якщо це можливо.

c. Replace wet clothing with dry clothing, if possible, and protect from further heat loss.

c. Замініть мокрий одяг сухим, якщо це можливо, і захистіть від подальших втрат тепла.

d. Place an active heating blanket on the casualty's anterior torso and under the arms in the axillae (to prevent burns, do not place any active heating source directly on the skin or wrap around the torso).

d. Вкрийте пораненого теплозберігаючою ковдрою таким чином, щоб вона покривала передню частину тулуба пораненого та підгорніть ковдру під пахви (з метою запобігання опікам не розміщуйте будь-яку теплозберігаючу ковдру безпосередньо на шкіру та повністю не загортайте навколо тулуба)

e. Enclose the casualty with the exterior impermeable enclosure bag.

e. Вкладіть пораненого в герметичний мішок .

f. As soon as possible, upgrade hypothermia enclosure system to a well-insulated enclosure system using a hooded sleeping bag or other readily available insulation inside the enclosure bag/external vapor barrier shell.

f. Якомога швидше замініть терморефлекторні ковдри на системи з кращою теплоізоляцією, використовуючи спальний мішок із капюшоном або інші легкодоступні

утеплювачі всередині мішка; також можна використовувати зовнішні системи зберігання тепла та вологи.

g. Pre-stage an insulated hypothermia enclosure system with external active heating for transition from the non-insulated hypothermia enclosure systems; seek to improve upon existing enclosure system when possible.

g. Перед заміною неізолюваної системи засобів попередження гіпотермії на теплоізолювану систему останню необхідно попередньо нагріти; за можливості намагайтесь вдосконалювати систему засобів попередження гіпотермії

h. Use a battery-powered warming device to deliver IV/IO resuscitation fluids, in accordance with current CoTCCC guidelines, at flow rate up to 150 ml/min with a 38°C output temperature.

h. Використовуйте нагрівальний пристрій, що живиться від батареї, для в/в або в/к введення інфузійних рідин відповідно до чинних вказівок CoTCCC, при швидкості потоку до 150 мл/хв з температурою на виході 38°C.

i. Protect the casualty from exposure to wind and precipitation on any evacuation platform.

i. Захистіть постраждалого від впливу вітру та атмосферних опадів при будь-якій евакуаційній платформі.

8. PENETRATING EYE TRAUMA

8. ПРОНИКАЮЧА ТРАВМА ОКА

a. If a penetrating eye injury is noted or suspected:

a. Якщо виявлена проникаюча травма ока або є підозра на неї:

- Perform a rapid field test of visual acuity and document findings.
- Виконайте швидкий польовий тест на гостроту зору та задокументуйте результати.
- Cover the eye with a rigid eye shield (NOT a pressure patch.)
- Накрийте око захисним жорстким щитком для очей (НЕ використовуйте звичайну пов'язку, яка здійснює тиск на око).
- Ensure that the 400 mg moxifloxacin tablet in the Combat Wound Medication Pack (CWMP) is taken if possible and that IV/IO/IM antibiotics are given as outlined below if oral moxifloxacin cannot be taken.
- Переконайтесь, що постраждалий прийняв 400 мг моксифлоксацину з комплекту медикаментів для поранених, якщо це можливо; та якщо постраждалий не здатний проковтнути таблетку моксифлоксацину, то введіть антибіотики в/в, в/к чи в/м, як зазначено нижче.

9. MONITORING

9. СПОСТЕРЕЖЕННЯ

a. Initiate advanced electronic monitoring if indicated and if monitoring equipment is available.

a. Розпочніть додаткове електронне спостереження, якщо необхідно, та якщо обладнання є в наявності.

10. ANALGESIA

10. АНАЛЬГЕЗІЯ

a. TCCC ***non-medical first responders*** should provide analgesia on the battlefield achieved by using:

Не медичний персонал повинен забезпечувати знеболювання на полі бою наступним чином:

- Mild to Moderate Pain
 - Слабкий та помірний біль.
 -
 - Casualty is still able to fight
 - Поранений здатний продовжувати бойові дії.
- TCCC Combat Wound Medication Pack (CWMP)
 - Набір медикаментів для поранених TCCC:
 - Acetaminophen – 500 mg tablet, 2 PO every 8 hours
 - Ацетамінофен (Парацетамол) – таблетка 500 мг, 2 таблетки кожні 8 годин перорально
 - Meloxicam – 15 mg PO once a day
 - Мелоксикам – 15 мг 1 раз на добу перорально

b. ***TCCC Medical Personnel:***

b. Медичний персонал:

Якщо допомогу надає медичний персонал, знеболювання на полі бою повинне переважно досягатися за допомогою трьох варіантів:

Option 1

Варіант 1

- Mild to Moderate Pain
- Слабкий та помірний біль.

- Casualty is still able to fight
- Поранений здатний продовжувати бойові дії.
 - TCCC Combat Wound Medication Pack (CWMP)
 - Набір медикаментів для поранених TCCC:
 - Acetaminophen – 500 mg tablet, 2 PO every 8 hours
 - Ацетамінофен (Парацетамол) – таблетка 500 мг, 2 таблетки кожні 8 годин перорально
 - Meloxicam – 15 mg PO once a day
 - Мелоксикам – 15 мг 1 раз на добу перорально

Option 2

Варіант 2

- Mild to Moderate Pain
- Слабкий та помірний біль.
- Casualty IS NOT in shock or respiratory distress AND Casualty IS NOT at significant risk of developing either condition.
- Постраждалий НЕ є у стані шоку чи респіраторного дистресу, ТА НЕМАЄ значного ризику розвитку жодного зі станів.
 - Oral transmucosal fentanyl citrate (OTFC) 800 µg
 - Орально трансмукозально фентанілу цитрат (ОТФЦ) 800 мг
 - May repeat once more after 15 minutes if pain uncontrolled by first
 - Дозу можна повторити за 15 хв, якщо після введення першої - дози не досягнуто знеболюючого ефекту

TCCC Combat Paramedics or Providers:

Якщо допомогу надає бойовий парамедик:

- Fentanyl 50 mcg IV/IO (0.5-1 mcg/kg)
- Фентаніл 50 мкг внутрішньом'язово або внутрішньокістково (0,5-1 мкг/кг)
 - May repeat q 30 min
 - Дозу можна повторити за 30 хв
- Fentanyl 100 mcg IN
- Фентаніл 100 мкг
 - May repeat q 30 min
 - Дозу можна повторити за 30 хв

Option 3**Варіант 3**

- Moderate to Severe Pain
- Помірний або сильний біль.

- Casualty IS in hemorrhagic shock or respiratory distress OR
- Поранений ЗНАХОДИТЬСЯ у стані геморагічного шоку або респіраторного дистресу АБО

- Casualty IS at significant risk of developing either condition:
- У потерпілого Є значний ризик розвитку обох цих станів:
 - Ketamine 20-30 mg (or 0.2 - 0.3 mg/kg) slow IV or IO push
 - Кетамін 20-30 мг (або 0,2-0,3 мг/кг) повільно внутрішньовенно або внутрішньокістково
 - Repeat doses q 20min prn for IV or IO
 - При потребі повторювати дозу кожні 20хв внутрішньовенно або внутрішньокістково
 - End points: Control of pain or development of nystagmus (rhythmic back-and-forth movement of the eyes).
 - Завершення: контроль болю або розвитку ністагму (ритмічний рух очей зліва направо і навпаки).

 - Ketamine 50-100 mg (or 0.5-1 mg/kg) IM or IN
 - Кетамін 50-100 мг (або 0,5-1 мг/кг) внутрішньом'язово або інтраназально
 - Repeat doses q20-30 min prn for IM or IN
 - При потребі повторювати дозу кожні 20-30 хв внутрішньом'язово або інтраназально

Option 4**Варіант 4****TCCC Combat Paramedics or Providers:****Якщо допомогу надає бойовий парамедик**

- *Sedation required:* significant severe injuries requiring dissociation for patient safety or mission success or when a casualty requires an invasive procedure; must be prepared to secure the airway:
- Необхідна седация: значні важкі травми, які потребують дисоціації для безпеки пацієнта або успіху місії, або коли потерпілому потрібна інвазивна процедура; повинні бути готові забезпечити проходність дихальних шляхів:

- Ketamine 1-2 mg/kg slow IV/IO push initial dose
- Повільно ввести початкову дозу Кетаміну 1-2 мг/кг внутрішньовенно/внутрішньокістково
 - Endpoints: procedural (dissociative) anesthesia
 - Цільовий рівень: процедурна (дисоціативна) анестезія
- Ketamine 300 mg IM (or 2-3 mg/kg IM) initial dose
- Початкова доза - кетамін 300 мг внутрішньом'язово (або 2-3 мг/кг внутрішньом'язово)
 - Endpoints: procedural (dissociative) anesthesia
 - Цільовий рівень: процедурна (дисоціативна) анестезія
- If an emergence phenomenon occurs, consider giving 0.5-2 mg IV/IO midazolam.
- Якщо виникає делірій або збудження, спричинені анестезією, розгляньте можливість введення 0,5-2 мг мідазоламу в/в або в/к
- If continued dissociation is required, move to the Prolonged Casualty Care (PCC) analgesia and sedation guidelines.
- Якщо потрібна подальша седація, перейдіть до рекомендацій щодо знеболення та седації Протоколу пролонгованої допомоги пораненим (Prolonged Casualty Care, PCC)
- If longer duration analgesia is required:
- Якщо необхідна більш тривала аналгезія:
 - Ketamine slow IV/IO infusion 0.3 mg/kg in 100 ml 0.9% sodium chloride over 5-15 minutes.
 - Повільне в/в чи в/к введення кетаміну 0,3 мг/кг у 100 мл 0,9% натрію хлориду протягом 5-15 хвилин.
 - Repeat doses q45min prn for IV or IO
 - При потребі повторювати дозу кожні 45 хв в/в або в/к
 - End points: Control of pain or development of nystagmus (rhythmic back-and-forth movement of the eyes).
 - Завершення: контролюйте біль або розвиток ністагму (ритмічний рух очей зліва направо і навпаки).

Analgesia and sedation notes:

Зауваження щодо знеболювання:

- Casualties need to be disarmed after being given OTFC, IV/IO fentanyl, ketamine, or midazolam.
- Після застосування цитрату фентанілу в оральній формі, фентанілу цитрату в/в або в/к, кетаміну або мідазоламу пораненого необхідно роззброїти.
- The goal of analgesia is to reduce pain to a tolerable level while still protecting their airway and mentation.
- Мета знеболення полягає у зменшенні болю до допустимого рівня, на якому ще зберігається прохідність дихальних шляхів та свідомість
- The goal of sedation is to stop awareness of painful procedures.
- Метою седації є припинення відчуття болісних маніпуляцій.
- Document a mental status exam using the AVPU method prior to administering opioids or ketamine.
- Задokumentуйте стан свідомості постраждалого використовуючи метод СГБН (свідомість, реакція на голос, реакція на біль, непритомний) перед введенням опіоїдів або кетаміну.
- For all casualties given opioids, ketamine or benzodiazepines – monitor airway, breathing, and circulation closely.
- У всіх поранених, яким вводили опіоїди, кетамін або бензодіазепіни, слід пильно стежити за прохідністю дихальних шляхів, диханням та кровообігом.
- Directions for administering OTFC:
- Інструкції щодо адміністрування ОТФЦ (орально трансмукозально фентанілу цитрат):
 - Place lozenge between the cheek and the gum
 - Помістіть таблетку-льодяник між щокою і яснами
 - Do not chew the lozenge
 - Не жуйте таблетку-льодяник
 - Recommend taping lozenge-on-a-stick to casualty's finger as an added safety measure OR utilizing a safety pin and rubber band to attach the lozenge (under tension) to the patient's uniform or plate
 - Рекомендовано прикріпити смоктальну таблетку на паличці (таблетку-льодяник) до пальця пораненого як додатковий засіб безпеки АБО використовувати булавку та резинку, щоб прикріпити льодяник (під тиском) до уніформи пацієнта або бронежилета.

- Reassess in 15 minutes
 - Перевірте стан пацієнта знову через 15 хвилин

 - Add second lozenge, in other cheek, as necessary to control severe pain
 - Дайте другу таблетку-льодяник за другу щоку, при потребі полегшити сильний біль

 - Monitor for respiratory depression
 - Слідкуйте за можливим пригніченням дихання
-
- Ketamine comes in different concentrations; the higher concentration option (100 mg/ml) is recommended when using IN dosing route to minimize the volume administered intranasally.
 - Кетамін випускається у різних концентраціях; рекомендується найвища концентрація (100 мг/мл) при інтраназальному введенні для того, щоби зменшити об'єм застосованого розчину.

 - Naloxone (0.4 mg IV/IO/IM/IN) should be available when using opioid analgesics.
 - Налоксон (0.4 мг в/в, в/к, в/м, і/н) повинен бути доступним при використанні опіоїдних знеболюючих.

 - TBI and/or eye injury does not preclude the use of ketamine. However, use caution with OTFC, IV/IO fentanyl, ketamine, or midazolam in TBI patients as this may make it difficult to perform a neurologic exam or determine if the casualty is decompensating.
 - ЧМТ та/або травма ока не є протипоказами для використання кетаміну. Проте з обережністю застосовуйте ОТФЦ, фентаніл в/в або в/к, кетамін або мідазолам при ЧМТ, оскільки це може ускладнити проведення неврологічного огляду або визначити раптове погіршення стану.

 - Ketamine may be a useful adjunct to reduce the amount of opioids required to provide effective pain relief. It is safe to give ketamine to a casualty who has previously received a narcotic. IV Ketamine should be given over 1 minute.
 - Кетамін можна використовувати як корисний додаток для зниження кількості опіоїдів, необхідних для проведення ефективного знеболення. Безпечно вводити кетамін пораненому, який уже отримав морфін або ОТФЦ. Внутрішньовенно кетамін слід вводити впродовж 1 хв.

- If respirations are reduced after using opioids or ketamine, reposition the casualty into a “sniffing position”. If that fails, provide ventilatory support with a bag-valve-mask or mouth-to-mask ventilations.
- Якщо після введення опіоїдів або кетаміну виникає пригнічення дихання, перемістіть потерпілого в інтубаційне положення (положення, що поєднує згинання шиї та розгинання голови, попередньо поклавши щось під голову). Якщо це не є ефективним, надайте дихальну підтримку за допомогою мішка Амбу та дихальної маски.
- Ondansetron, 4 mg Orally Dissolving Tablet (ODT)/IV/IO/IM, every 8 hours as needed for nausea or vomiting. Each 8-hour dose can be repeated once after 15 minutes if nausea and vomiting are not improved. Do not give more than 8 mg in any 8-hour interval. Oral ondansetron is NOT an acceptable alternative to the ODT formulation.
- Ондансетрон, 4 мг ODT таблетки, що розчиняються в ротовій порожнині або в/в, в/м, в/к кожні 8 годин, при виникненні нудоти або блювоти. Кожну 8-годинну дозу можна повторити один раз через 15 хвилин, якщо нудота та блювота не зменшилися. Не давайте більше 8 мг в будь-який 8-годинний інтервал. Пероральний ондансетрон НЕ є прийнятною альтернативою препарату ODT.
- The use routine of benzodiazepines such as midazolam is NOT recommended for analgesia. When performing procedural sedation, benzodiazepines may also be considered to treat behavioral disturbances or unpleasant (emergence) reactions. Benzodiazepines should not be used prophylactically and are not commonly needed when the correct pain or sedation dose of ketamine is used.
- Для знеболення НЕ рекомендується використовувати такі бензодіазепіни, як мідазолам. Під час проведення процедурної седації бензодіазепіни також можуть бути застосовані для лікування розладів поведінки та непередбачуваних дій з боку пораненого. Бензодіазепіни не слід застосовувати з профілактичною метою і зазвичай не потрібні, коли використовується правильна доза кетаміну для полегшення болю або седації.
- Polypharmacy is not recommended; benzodiazepines should NOT be used in conjunction with opioid analgesia.
- Поліпрагмазія не рекомендована; бензодіазепіни НЕ слід застосовувати у поєднанні з опіоїдною анальгезією
- If a casualty appears to be partially dissociated, it is safer to administer more ketamine than to use a benzodiazepine.
- Якщо здається, що постраждалий частково в дисоціативному стані, безпечніше ввести більше кетаміну, ніж використовувати бензодіазепін.

11. ANTIBIOTICS

11. АНТИБІОТИКИ

Antibiotics: recommended for all open combat wounds

Антибіотики: рекомендовані для всіх відкритих ран

a. If able to take PO meds:

a. Якщо постраждалий в змозі ковтати:

- Moxifloxacin (from the CWMP), 400 mg PO once a day
- Моксифлоксацин, 400 мг перорально 1 раз на добу

b. If unable to take PO meds (shock, unconsciousness):

b. Якщо постраждалий не в змозі ковтати: (шок, втрата свідомості):

- Ertapenem, 1 gm IV/IO/IM once a day
- Ертапенем, 1 г в/в, в/к, в/м 1 раз на добу

12. INSPECT AND DRESS KNOWN WOUNDS

12. ОГЛЯНЬТЕ І НАКЛАДІТЬ ПОВ'ЯЗКИ НА ВСІ ВИЯВЛЕНІ РАНИ.

a. Inspect and dress known wounds.

a. Огляньте і накладіть пов'язки на всі виявлені рани

b. Abdominal evisceration – [Control bleeding]; rinse with clean (and warm if possible) fluid to reduce gross contamination. Hemorrhage control – apply combat gauze or CoTCCC-recommended hemostatic dressing to uncontrolled bleeding. Cover exposed bowel with a moist, sterile dressing or sterile water-impermeable covering.

b. Евісцерація черевної порожнини – [Контролюйте кровотечу]; промийте кишечник чистою теплою рідиною, щоб зменшити зараження. Контроль кровотечі - застосовуйте Combat Gauze або схвалену CoTCCC гемостатичну пов'язку для неконтрольованих кровотеч. Накрийте відкриту частину кишечника вологою стерильною пов'язкою або стерильною водонепроникною серветкою.

- Reduction: do not attempt if there is evidence of ruptured bowel (gastric/intestinal fluid or stool leakage) or active bleeding.
- Зменшення евісцерації: не намагайтеся, якщо є ознаки розриву кишечника (шлункова/кишкова рідина або витік калових мас) або активна кровотеча.
- If no evidence of bowel leakage and hemorrhage is visibly controlled, a single brief attempt (<60 seconds) may be made to replace/reduce the eviscerated abdominal contents.
- Якщо ознаки розриву кишечника та кровотечі не контролюються, можна зробити одну коротку спробу (<60 секунд) повернути евісцеровані органи до черевної порожнини.

- If unable to reduce; cover the eviscerated organs with water impermeable non-adhesive material (transparent preferred to allow ability to re-assess for ongoing bleeding); examples include a bowel bag, IV bag, clear food wrap, etc. and secure the impermeable dressing to the patient using adhesive dressing (examples: ioban, chest seal).
- Якщо не вдається зменшити евісцерацію; накрийте евісцеровані органи водонепроникним неклеєвим матеріалом (бажано прозорим, щоб мати змогу повторно оцінити кровотечу, що продовжується); наприклад, можна використовувати мішок для кишечника, пакети для в/в розчинів, прозору харчову плівку тощо; та закріпіть непроникну пов'язку до пацієнта за допомогою клейкої пов'язки (приклади: ioban, оклюзійна наклейка для грудної клітки)
- Do NOT FORCE contents back into abdomen or actively bleeding viscera.
- Не НАМАГАЙТЕСЯ СИЛОЮ заштовхнути евісцеровані органи або внутрішні органи, що активно кровоточать назад до черевної порожнини
- The patient should remain NPO.
- Пацієнт повинен нічого не їсти та не пити

13. CHECK FOR ADDITIONAL WOUNDS

13. ПЕРЕВІРТЕ НАЯВНІСТЬ ДОДАТКОВИХ ПОРАНЕНЬ

Check for additional wounds

Перевірте наявність додаткових поранень

14. BURNS

14. ОПІКИ

a. Assess and treat as a trauma casualty with burns and not burn casualty with injuries.

a. Оцінюйте та лікуйте постраждалого як травмованого, що додатково має опіки, а не як постраждалого, що має ушкодження від опіків.

b. Facial burns, especially those that occur in closed spaces, may be associated with inhalation injury. Aggressively monitor airway status and oxygen saturation in such patients and consider early surgical airway for respiratory distress or oxygen desaturation.

b. Опіки обличчя, особливо ті, що виникають у закритих приміщеннях, можуть бути пов'язані з інгаляційним ураженням дихальних шляхів. Ретельно контролюйте стан прохідності дихальних шляхів і насичення киснем у таких пацієнтів, також розгляньте можливість раннього хірургічного втручання в дихальні шляхи при наявності респіраторного дистресу або десатурації киснем (зниження насичення крові киснем).

c. Estimate total body surface area (TBSA) burned to the nearest 10% using the Rule of Nines.

с. Порахуйте загальну площу опіків з точністю до 10%, використовуючи “Правило дев’яток”.

d. Cover the burn area with dry, sterile dressings. For extensive burns (>20%), consider placing the casualty in the Heat-Reflective Shell or Blizzard Survival Blanket from the Hypothermia Prevention Kit in order to both cover the burned areas and prevent hypothermia.

d. Накрийте місця опіків сухою стерильною пов'язкою. При великій площі опіків (>20%), розгляньте можливість попередження гіпотермії шляхом використання теплоізоляційної ковдри Heat-Reflective Shell або Blizzard Survival Blanket з набору для запобігання гіпотермії.

e. Fluid resuscitation (USAISR Rule of Ten)

е. Інфузійна терапія («Правило десятків» Інституту хірургічних досліджень Армії США):

- If burns are greater than 20% of TBSA, fluid resuscitation should be initiated as soon as IV/IO access is established. Resuscitation should be initiated with Lactated Ringer's, normal saline, or Hextend. If Hextend is used, no more than 1000 ml should be given, followed by Lactated Ringer's or normal saline as needed.
- Якщо опіки перевищують 20% загальної площі поверхні тіла, слід розпочати реанімацію рідиною, як тільки буде встановлено в/в або в/к доступ. Слід починати з Рінгера лактату, фізіологічного розчину або 6% ГЕК. Якщо застосовується ГЕК, то його слід вводити в кількості не більше 1000 мл, а потім Рінгера лактат або фізіологічний розчин за необхідності.
- Initial IV/IO fluid rate is calculated as %TBSA x 10 ml/hr for adults weighing 40- 80 kg.
- Початкова швидкість в/в або в/к введення рідини розраховується як % опіку від загальної площі поверхні тіла x 10 мл/год для дорослих з масою тіла 40-80 кг.
- For every 10 kg ABOVE 80 kg, increase initial rate by 100 ml/hr.
- На кожні 10 кг ПОНАД 80 кг ваги постраждалого, збільшуйте початкову швидкість на 100 мл/год.
- If hemorrhagic shock is also present, resuscitation for hemorrhagic shock takes precedence over resuscitation for burn shock. Administer IV/IO fluids per the TCCC Guidelines in Section (6).
- Якщо у постраждалого також є геморагічний шок, інфузійна терапія геморагічного шоку має перевагу над реанімацією опікового шоку. Вводьте рідину в/в або в/к відповідно до рекомендацій ТССС у розділі 6.

- Consider oral fluids for burns up to 30% TBSA if casualty is conscious and able to swallow.
- Розгляньте можливість давати рідину постраждалому перорально, якщо площа опіків не складає більше ніж 30% від загальної площі поверхні тіла, та якщо потерпілий у свідомості і може ковтати.

f. Analgesia in accordance with the TCCC Guidelines in Section (10) may be administered to treat burn pain.

f. Для лікування болю при опіках можна застосовувати анальгезію відповідно до рекомендацій TCCC у розділі 10.

g. Prehospital antibiotic therapy is not indicated solely for burns, but antibiotics should be given per the TCCC guidelines in Section (11) if indicated to prevent infection in penetrating wounds.

g. Антибіотики на догоспітальному етапі не призначаються лише при опіках, але й за необхідністю для запобігання розвитку інфекції в проникаючих ранах, відповідно до рекомендацій TCCC у розділі 11.

h. All TCCC interventions can be performed on or through burned skin in a burn casualty.

h. Усі втручання рекомендовані TCCC можуть виконуватися через опікову поверхню шкіри постраждалого.

i. Burn patients are particularly susceptible to hypothermia. Extra emphasis should be placed on barrier heat loss prevention methods.

i. Пацієнти з опіками особливо чутливі до гіпотермії. Особливу увагу слід приділити бар'єрним методам запобігання втрат тепла.

15. SPLINTS

15. ШИНИ

Splint fractures and re-check pulses.

Виконайте імобілізацію усіх переломів та перевірте наявність дистального пульсу.

16. CARDIOPULMONARY RESUSCITATION (CPR)

16. СЕРЦЕВО-ЛЕГЕНЕВА РЕАНІМАЦІЯ (СЛР)

a. Resuscitation on the battlefield for victims of blast or penetrating trauma who have no pulse, no ventilations, and no other signs of life will not be successful and should not be attempted. However, casualties with torso trauma or polytrauma who have no pulse or respirations during TFC should have bilateral needle decompression performed to ensure they do not have a tension pneumothorax prior to discontinuation of care. The procedure is the same as described in section (5a) above.

a. Реанімація на полі бою у поранених із проникаючими або вибуховими травмами, у яких немає пульсу, дихання та інших ознак життя, не буде успішною і не повинна

здійснюватися. Однак потерпілим з ураженням тулуба або множинними травмами, з відсутністю пульсу і дихання, на етапі «Допомога в тактичних умовах», слід виконати двосторонню пункційну декомпресію, щоб впевнитись, що у них немає напруженого пневмотораксу перед відмовою у наданні допомоги. Процедура така ж, як описано вище в розділі 5a .

17. COMMUNICATION

17. КОМУНІКАЦІЯ

a. Communicate with the casualty if possible. Encourage, reassure and explain care.

а. По можливості спілкуйтеся з потерпілим. Заохочуйте, заспокоюйте та пояснюйте, що збираєтесь робити.

b. Communicate with tactical leadership as soon as possible and throughout casualty treatment as needed. Provide leadership with casualty status and evacuation requirements to assist with coordination of evacuation assets.

б. Зв'яжіться з тактичним командуванням якнайшвидше та підтримуйте зв'язок протягом всього періоду надання допомоги постраждалому. Надайте командуванню інформацію про стан постраждалого та евакуаційні потреби щоб допомогти в координуванні засобами евакуації.

c. Communicate with the evacuation system (the Patient Evacuation Coordination Cell) to arrange for TACEVAC. Communicate with medical providers on the evacuation asset if possible and relay mechanism of injury, injuries sustained, signs/symptoms, and treatments rendered. Provide additional information as appropriate.

с. Забезпечте зв'язок із загальновійськовою системою евакуації (наприклад, Patient Evacuation Coordination Cell) для організації TACEVAC. Зв'яжіться з медиками евакуаційних підрозділів, якщо це можливо, та надайте інформацію щодо механізму травми, власне отриманих травм, ознак/симптомів та надану допомогу. Повідомте всю необхідну додаткову інформацію.

18. DOCUMENTATION OF CARE

18. ДОКУМЕНТАЦІЯ ДОГЛЯДУ

Document clinical assessments, treatments rendered, and changes in the casualty's status on a TCCC Card (DD Form 1380). Forward this information with the casualty to the next level of care.

Задokumentуйте дані клінічного огляду, надану допомогу та зміни у статусі потерпілого в картці TCCC (форма DD 1380). Передайте цю інформацію разом із потерпілим до наступного етапу допомоги.

19. PREPARE FOR EVACUATION

19. ПІДГОТУЙТЕСЬ ДО ЕВАКУАЦІЇ

- a. Complete and secure the TCCC Card (DD 1380) to the casualty.
a. Заповніть та прикріпіть картку TCCC (DD 1380) до постраждалого.
- b. Secure all loose ends of bandages and wraps.
b. Закріпіть всі вільні кінці биндів та пов'язок.
- c. Secure hypothermia prevention wraps/blankets/straps.
c. Закріпіть ковдри/накидки/ремені, що застосовувались для попередження гіпотермії.
- d. Secure litter straps as required. Consider additional padding for long evacuations.
d. Закріпіть ремені носилок, як передбачено інструкцією до їх застосування. Застосуйте додаткові підкладання у разі довготривалої евакуації.
- e. Provide instructions to ambulatory patients as needed.
e. За потреби надайте необхідні інструкції амбулаторним пораненим.
- f. Stage casualties for evacuation in accordance with unit standard operating procedures.
f. Підготуйте поранених до евакуації відповідно до стандартних процедур вашого підрозділу
- g. Maintain security at the evacuation point in accordance with unit standard operating procedures.
g. Дотримуйтесь безпеки в зоні евакуації відповідно до стандартних процедур вашого підрозділу.

Tactical Evacuation Care

Тактична евакуаційна допомога

Principles of Tactical Evacuation Care (TACEVAC)

Принципи тактичної евакуаційної допомоги (TACEVAC)

The Tactical Evacuation Care Guidelines are now a separate document managed by the Committee on En Route Combat Casualty Care (CoERCCC).

Інструкції з тактичної евакуації тепер є окремим документом, який регулюється Комітетом з догляду за потерпілими під час транспортування (CoERCCC).

TACEVAC Guidelines can be found in the [En Route Care Collection](#) on Deployed Medicine. Рекомендації TACEVAC можна знайти в колекції «Догляд під час транспортування» в розділі Медицина в Умовах Бойових Дій.

- The term “Tactical Evacuation” includes both Casualty Evacuation (CASEVAC) and Medical Evacuation (MEDEVAC) as defined in Joint Publication 4-02.
- Термін «Тактична евакуація» включає в себе як евакуацію поранених (CASEVAC), так і медичну евакуацію (MEDEVAC), як визначено у Спільній публікації 4-02.



Basic Management Plan for Tactical Evacuation Care

Основний план дій при переході допомоги до етапу «Тактична евакуація»

1. TRANSITION OF CARE

1. ПРОДОВЖЕННЯ ДОПОМОГИ

a. Tactical force personnel should establish evacuation point security and stage casualties for evacuation.

a. Склад тактичних сил підрозділу повинен встановити безпеку в пункті евакуації та підготувати поранених до евакуації.

b. Tactical force personnel or the medic should communicate patient information and status to TACEVAC personnel as clearly as possible. The minimum information communicated should include stable or unstable, injuries identified, and treatments rendered.

b. Бійці або медик підрозділу повинні максимально повно та чітко передати інформацію щодо поранених евакуаційній команді TACEVAC. Мінімальна інформація, що повідомляється, повинна відображати стабільність постраждалого, виявлені травми та надане лікування.

c. TACEVAC personnel should stage casualties on evacuation platforms as required.

c. Команда TACEVAC повинна розташувати потерпілих відповідним чином на евакуаційних платформах.

d. Secure casualties in the evacuation platform in accordance with unit policies, platform configurations and safety requirements.

d. Розташуйте постраждалих на евакуаційній платформі відповідно до стандартних процедур підрозділу, враховуючи конфігурацію платформи та вимоги безпеки.

e. TACEVAC medical personnel should re-assess casualties and re-evaluate all injuries and previous interventions.

е. Медичний персонал TACEVAC має переоцінити поранених, повторно оглянути усі поранення та перевірити надану допомогу

2. MASSIVE HEMORRHAGE (same as Tactical Field Care)

2. МАСИВНА КРОВОТЕЧА (не відрізняється від етапу “Допомога в тактичних умовах”)

3. AIRWAY MANAGEMENT

3. ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРОХІДНОСТІ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ

Endotracheal intubation may be considered in lieu of cricothyroidotomy if trained.

Замість крикотиреоїдотомії можна розглянути можливість ендотрахеальної інтубації, якщо у медичного персоналу є відповідне тренування.

4. RESPIRATION/BREATHING

4. ДИХАННЯ

Most combat casualties do not require supplemental oxygen, but administration of oxygen may be of benefit for the following types of casualties:

Більшість поранених не потребує кисневої терапії, але вона може бути корисною у наступних випадках:

- Low oxygen saturation by pulse oximetry
- Низький показник сатурації за даними пульсоксиметрії
- Injuries associated with impaired oxygenation
- Травми, пов'язані з порушенням оксигенації
- Unconscious casualty
- Потерпілий без свідомості
- Casualty with TBI (maintain oxygen saturation > 90%)
- Поранений із ЧМТ (підтримуйте насичення киснем > 90%)
- Casualty in shock
- Постраждалий в стані шоку
- Casualty at altitude
- Постраждалий знаходиться високо над рівнем моря
- Known or suspected smoke inhalation
- Доведене або підозрюване отруєння продуктами горіння

5. CIRCULATION

5. КРОВООБІГ (не відрізняється від етапу “Допомога в тактичних умовах”)

6. TRAUMATIC BRAIN INJURY

6. ЧЕРЕПНО-МОЗКОВА ТРАВМА

a. Casualties with moderate/severe TBI should be monitored for:

a. Поранені із середньою/важкою ступеню ЧМТ слід постійно досліджувати щодо:

- Decreases in level of consciousness
- Зменшення рівня свідомості
- Pupillary dilation
- Розширення зіниць
- SBP should be >90 mmHg
- Артеріальний тиск має бути >90 мм рт.ст
- O2 sat > 90
- Киснева насиченість (O2 сатурація) > 90 %
- Hypothermia
- Гіпотермія
- End-tidal CO2 (If capnography is available, maintain between 35-40 mmHg)
- CO2 в кінці видиху (якщо доступна капнографія, підтримувати в межах 35-40 мм рт.ст.)
- Penetrating head trauma (if present, administer antibiotics)
- Проникаюча травма голови (дайте антибіотики, якщо є в наявності)
- Assume a spinal (neck) injury until cleared.
- Припустіть наявність травми шийного відділу хребта, поки не буде доведено протилежне.

b. Unilateral pupillary dilation accompanied by a decreased level of consciousness may signify impending cerebral herniation; if these signs occur, take the following actions to decrease intracranial pressure:

b. Одностороннє розширення зіниць, що супроводжується зниженням рівня свідомості, може свідчити про загрозу грижі головного мозку; якщо виникають ці ознаки, вживайте наступних заходів для зниження внутрішньочерепного тиску:

- Administer 250 ml of 3 or 5% hypertonic saline IV/IO bolus.
- Введіть 250 мл 3% або 5% гіпертонічного фізіологічного розчину в/в або в/к болюсно.
- Elevate the casualty's head 30 degrees.
- Підніміть голову постраждалого під кутом 30 градусів до тіла.
- Hyperventilate the casualty.
- Проведіть гіпервентиляцію потерпілого.
 - Respiratory rate 20
 - Частота дихання 20 за 1 хвилину
 - Capnography should be used to maintain the end-tidal CO2 between 30-35 mmHg.
 - Використовуйте капнографію для підтримки показника CO2 в кінці видиху в межах 30-35 мм рт. ст.
 - The highest oxygen concentration (FIO2) possible should be used for hyperventilation.
 - Для гіпервентиляції слід використовувати найвищу можливу концентрацію кисню (FIO2).
 - Do not hyperventilate the casualty unless signs of impending herniation are present. Casualties may be hyperventilated with oxygen using the bag-valve-mask technique.
 - Не проводьте гіпервентиляцію постраждалого, якщо немає ознак мозкової грижі. Постраждалі можуть бути гіпервентилювані киснем за допомогою дихального мішка типу Амбу.

7. Hypothermia Prevention (same as Tactical Field Care)

7. Попередження гіпотермії (не відрізняється від етапу “Допомога в тактичних умовах”)

8. Penetrating Eye Trauma (same as Tactical Field Care)

8. Проникаюче поранення ока (не відрізняється від етапу “Допомога в тактичних умовах”)

9. Monitoring (same as Tactical Field Care)

9. Спостереження (не відрізняється від етапу “Допомога в тактичних умовах”)

10. Analgesia (same as Tactical Field Care)

10. Знеболювання (не відрізняється від етапу “Допомога в тактичних умовах”)

11. Antibiotics (same as Tactical Field Care)

11. Антибіотики (не відрізняється від етапу “Допомога в тактичних умовах”)

12. Inspect and dress known wounds (same as Tactical Field Care)

12. Огляньте і накладіть пов'язки на всі виявлені рани (не відрізняється від етапу “Допомога в тактичних умовах”)

13. Check for additional wounds. (same as Tactical Field Care)

13. Огляньте на предмет наявності додаткових ран (не відрізняється від етапу “Допомога в тактичних умовах”)

14. Burns (same as Tactical Field Care)

14. Опіки (не відрізняється від етапу “Допомога в тактичних умовах”)

15. Splint fractures and re-check pulses (same as Tactical Field Care)

15. Імобілізуйте усі переломи та перевірити наявність дистального пульсу (не відрізняється від етапу “Допомога в тактичних умовах”)

16. CARDIOPULMONARY RESUSCITATION (CPR) IN TACEVAC

16. СЕРЦЕВО-ЛЕГЕНА РЕАНІМАЦІЯ (СЛР) НА ЕТАПІ TACEVAC:

a. Casualties with torso trauma or polytrauma who have no pulse or respirations during TACEVAC should have bilateral needle decompression performed to ensure they do not have a tension pneumothorax. The procedure is the same as described in Section (4a) above.

a. Постраждалим з травмою тулуба або множинною травмою, з відсутністю пульсу і дихання, під час тактичної евакуації TACEVAC, слід виконати двосторонню пункційну декомпресію, щоб переконатися, що у них немає напруженого пневмотораксу. Методика виконання така ж, як описано в розділі 4а вище.

b. CPR may be attempted during this phase of care if the casualty does not have obviously fatal wounds and will be arriving at a facility with a surgical capability within a short period of time. CPR should not be done at the expense of compromising the mission or denying lifesaving care to other casualties.

b. СЛР варто проводити на цьому етапі, якщо у постраждалого немає очевидно смертельних ран та він протягом короткого періоду часу прибуде на місце евакуації із здатністю хірургічного лікування пошкоджень. СЛР не повинна проводитись за рахунок шкоди для місії або відмови у наданні екстреної допомоги іншим постраждалим.

17. COMMUNICATION

17. КОМУНІКАЦІЯ

a. Communicate with the casualty if possible. Encourage, reassure and explain care.

a. По можливості спілкуйтеся з потерпілим. Заохочуйте, заспокоюйте та пояснюйте план дій.

b. Communicate with medical providers at the next level of care as feasible and relay mechanism of injury, injuries sustained, signs/symptoms, and treatments rendered. Provide additional information as appropriate.

b. Зв'яжіться з медичними працівниками на наступному рівні допомоги, якщо можливо, і передайте інформацію щодо механізму травми, характеру отриманих травм, ознаків/симптомів та наданого лікування. За потреби надайте додаткову вагому інформацію.

18. Documentation of Care (same as Tactical Field Care)

18. Запис наданої допомоги (не відрізняється від етапу “Допомога в тактичних умовах”)

