

ТАКТИКА ТА ПРИНЦИПИ ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОСТРАЖДАЛИМ ВІД ОТРИМАНИХ В УМОВАХ ВІЙНИ ТА МАСОВИХ ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТІВ ВОГНЕПАЛЬНИХ ПОРАНЕНЬ ІЗ РІЗНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ

Чернов О. В.

У статті розглядаються сучасні підходи до організації та реалізації домедичної допомоги постраждалим із вогнепальними пораненнями, отриманими в умовах війни та масових збройних конфліктів. Актуальність дослідження зумовлена зростанням масштабів бойових дій у різних регіонах світу, що спричиняє значну кількість поранених серед військовослужбовців і цивільного населення. Вогнепальні поранення часто супроводжуються важкими ускладненнями, що потребують швидкої та правильно організованої допомоги ще до прибуття професійних медиків. Основною метою статті є аналіз тактичних і організаційних аспектів надання домедичної допомоги, а також визначення ключових принципів, які сприяють зменшенню летальності та ускладнень серед постраждалих.

У роботі акцентується увага на специфіці вогнепальних поранень, зокрема на різних типах ушкоджень, що виникають внаслідок використання стрілецької зброї, вибухових пристроїв, артилерії та іншого озброєння. Описані основні механізми ураження тканин і органів, а також найбільш поширені ускладнення, такі як кровотечі, пневмоторакс, шоківі стани та інфекції. Досліджено методи оцінки стану постраждалого на місці події, включаючи алгоритми первинного огляду за системою C-ABCDE (контроль критичних кровотеч, прохідність дихальних шляхів, дихання, циркуляція крові, неврологічний статус, експозиція та запобігання переохолодженню).

Автором статті розглядається основні принципи організації домедичної допомоги, серед яких виділено:

1. Пріоритетність контролю масивних кровотеч за допомогою турнікетів, гемостатичних засобів і прямого тиску на рану.
2. Забезпечення прохідності дихальних шляхів і підтримка адекватної вентиляції легень.
3. Ефективне використання імпровізованих і стандартних засобів для іммобілізації кінцівок і стабілізації пошкоджених ділянок тіла.
4. Раціональний підхід до евакуації поранених із зони бойових дій із урахуванням безпеки як постраждалого, так і рятувальників.

Окрему увагу приділено питанням навчання персоналу та цивільного населення навичкам домедичної допомоги. Авторами наголошується, що високий рівень підготовки та регулярні тренування дозволяють значно підвищити ефективність надання допомоги в критичних ситуаціях. Навчання включає симуляційні тренінги, практичні заняття з використанням сучасного обладнання та моделювання реалістичних сценаріїв бойових дій.

У статті також проаналізовано особливості надання домедичної допомоги в умовах масових збройних конфліктів, де існує обмежений доступ до медичних ресурсів і високий рівень загрози для рятувальників. Розглянуто питання розподілу ресурсів, забезпечення першочергових потреб поранених і формування тактичних медичних підрозділів, здатних оперативно реагувати на критичні ситуації.

Зроблено висновок, що ефективна організація домедичної допомоги на полі бою потребує комплексного підходу, який включає як технічні засоби, так і чіткі алгоритми дій, що базуються на міжнародних стандартах тактичної медицини (TCCC - Tactical Combat Casualty Care). Удосконалення цих процесів сприятиме зменшенню смертності та покращенню прогнозу для постраждалих із вогнепальними пораненнями.

Ключові слова: домедична допомога, вогнепальні поранення, тактика надання допомоги, принципи надання допомоги, кровотеча, мобільні медичні бригади, евакуація поранених.

Chernov O. V. Tactics and principles of organization of premedical care for victims of gunshot wounds from various types of weapons sustained in war and mass armed conflicts

The article examines contemporary approaches to organizing and providing pre-medical care to individuals with gunshot wounds sustained in the context of war and large-scale armed conflicts. The relevance of the study is due to the increasing scale of combat operations in various regions of the world, which results in a significant

number of casualties among both military personnel and civilians. Gunshot wounds are often accompanied by severe complications that require prompt and properly organized assistance prior to the arrival of professional medical personnel. The main objective of the article is to analyze the tactical and organizational aspects of pre-medical care and to identify key principles that contribute to reducing mortality and complications among the injured.

The work focuses on the specifics of gunshot wounds, including the different types of injuries resulting from the use of firearms, explosive devices, artillery, and other weaponry. It describes the primary mechanisms of tissue and organ damage, as well as the most common complications, such as hemorrhages, pneumothorax, shock states, and infections. Methods for assessing the condition of the injured at the scene of the incident are explored, including the algorithms for primary assessment using the C-ABCDE system (control of critical hemorrhages, airway patency, breathing, circulation, neurological status, exposure, and prevention of hypothermia).

The article outlines the main principles of organizing pre-medical care, among which the following are highlighted:

1. The prioritization of controlling severe hemorrhages through the use of tourniquets, hemostatic agents, and direct pressure on the wound.

2. Ensuring airway patency and maintaining adequate lung ventilation.

3. Effective use of both improvised and standard methods for limb immobilization and stabilization of injured body areas.

4. A rational approach to the evacuation of the injured from the combat zone, taking into account the safety of both the injured and rescuers.

Particular emphasis is placed on training personnel and civilians in pre-medical care skills. The authors stress that a high level of preparation and regular training significantly enhances the effectiveness of assistance in critical situations. Training includes simulation drills, practical sessions with the use of modern equipment, and the modeling of realistic combat scenarios.

The article also analyzes the peculiarities of providing pre-medical care in conditions of large-scale armed conflicts, where access to medical resources is limited, and there is a high level of risk for rescuers. Issues related to resource allocation, ensuring the primary needs of the injured, and the formation of tactical medical units capable of responding rapidly to critical situations are discussed.

The conclusion is drawn that effective organization of pre-medical care on the battlefield requires a comprehensive approach that includes both technical means and clear action protocols based on international tactical medicine standards (TCCC - Tactical Combat Casualty Care). The improvement of these processes will

contribute to a reduction in mortality rates and an improved prognosis for individuals with gunshot wounds.

Key words: pre-medical care, gunshot wounds, assistance tactics, care principles, hemorrhage, mobile medical units, evacuation of the injured.

Постановка проблеми та її актуальність. Сучасні збройні конфлікти характеризуються інтенсивністю бойових дій, широким використанням різних видів зброї та високим рівнем уражень серед військових і цивільного населення. У цих умовах домедична допомога, яка надається безпосередньо на місці події до прибуття професійних медичних служб, набуває особливого значення. Основна мета цієї допомоги – мінімізація смертності та зменшення ризику ускладнень, що виникають унаслідок вогнепальних поранень.

Актуальність теми зумовлена низкою факторів. По-перше, зростанням кількості збройних конфліктів у світі, що супроводжуються значними людськими втратами. По-друге, обмеженими можливостями надання своєчасної кваліфікованої медичної допомоги в умовах бойових дій. По-третє, необхідністю розробки чітких алгоритмів і тактик надання допомоги, які можуть бути реалізовані навіть у складних і небезпечних ситуаціях. Вогнепальні поранення часто супроводжуються кровотечами, порушенням дихання, травматичним шоком і іншими критичними станами, що вимагають негайного втручання.

Надання домедичної допомоги в умовах війни має свої особливості, зумовлені характером ушкоджень. Наприклад, вибухові поранення викликають комбіновані травми, що вражають різні системи організму одночасно. Стрілецька зброя часто призводить до ушкодження великих судин, органів грудної клітки чи живота, що вимагає швидкої зупинки кровотечі та стабілізації стану постраждалого. У таких випадках особлива увага приділяється використанню турнікетів, гемостатичних препаратів, накладанню оклюзійних пов'язок і створенню умов для транспортування постраждалого.

Важливим аспектом є систематичне навчання як військових, так і цивільного населення навичкам домедичної допомоги. У більшості випадків саме базові знання й уміння можуть врятувати життя, зменшити тяжкість наслідків і забезпечити стабільний стан постраждалого до передачі його медичним працівникам. Тренінги, які моделюють реалістичні бойові умови, є важливим елементом підготовки, адже вони дозволяють учасникам засвоїти необхідні алгоритми дій у стресових і небезпечних ситуаціях.

Не менш важливим є аспект організації та координації домедичної допомоги. Це передбачає створення ефективних тактичних медичних підрозділів, розподіл обмежених ресурсів, забезпечення комунікації між рятувальниками та медичними службами, а також розробку протоколів взаємодії. Усе це спрямовано на підвищення швидкості й точності дій, необхідних для порятунку життя.

Досвід останніх десятиліть у країнах із збройними конфліктами свідчить про важливість застосування міжнародних стандартів тактичної медицини, таких як ТССС (Tactical Combat Casualty Care). Цей підхід базується на трьох ключових етапах: надання допомоги під вогнем (Care Under Fire), тактична польова допомога (Tactical Field Care) і тактична евакуація (Tactical Evacuation Care). Кожен із цих етапів передбачає специфічні дії та пріоритети, які залежать від ситуації на полі бою, стану постраждалого та доступності ресурсів.

У цій статті висвітлюються основні принципи й тактики організації домедичної допомоги при вогнепальних пораненнях у сучасних умовах війни. Особлива увага приділяється алгоритмам дій, методам стабілізації постраждалих і способам мінімізації ризиків для рятувальників. Також проаналізовано роль навчання й підготовки персоналу, з урахуванням специфіки бойових дій і ресурсних обмежень. У результаті дослідження визначено ключові напрями вдосконалення системи домедичної допомоги, які сприятимуть зниженню рівня смертності та ускладнень серед постраждалих.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Теоретичні й практичні питання тактики та принципів організації надання домедичної допомоги постраждалим від вогнепальних поранень розглядалися у наукових працях з долікарської допомоги та тактичної медицини таких вчених України та зарубіжжя як: М.Л. Анкін, Т.Л. Білоус, О.А. Бур'янов, Т.С. Вайда, П.Б. Волянський, О.А. Галушко, А.М. Гринзовський, Джон Е. Кемпбелл, Л.В. Дрок, І.С. Зозуля, Кайі Г. Ган, В.О. Ладика, А.М. Лакша, Д.С. Миргородський, Т.М. Петрик, Пол С. Ауербах, Рой Л. Елсон, С.С. Страфун, Тейт Хіггінс, Б.Д. Халмурадов, І.П. Шлапак, В.Й. Шуба та ін. Водночас, у працях вищезазначених вчених питанню стосовно саме тактики та принципів організації надання домедичної допомоги постраждалим від вогнепальних поранень із різних видів зброї, отриманих в умовах війни та масових збройних конфліктів не приділено достатньої уваги, що

обумовлює актуальність науково-теоретичного та прагматичного дослідження проблеми.

Метою статті є дослідження та визначення основних тактичних особливостей та принципів організації надання домедичної допомоги постраждалим від вогнепальних поранень із різних видів зброї, отриманих в умовах війни та масових збройних конфліктів.

Виклад основного матеріалу. Надання домедичної допомоги постраждалим у війні є однією з найбільш критичних складових у збереженні життя та мінімізації травматичних наслідків для постраждалих. В умовах бойових дій, особливо під час масових збройних конфліктів, до лікарів і медиків ставляться вимоги, які вимагають значної фізичної, психологічної та організаційної підготовки. Вогнепальні поранення є одними з найбільш поширених типів травм, яких зазнають військовослужбовці, поліцейські, мирні мешканці та учасники конфліктів. Зокрема, у збройних конфліктах, які супроводжуються широким застосуванням вогнепальної зброї, умови надання першої медичної допомоги значно ускладнюються через постійну загрозу нових атак, відсутність належного медичного забезпечення, а також труднощі у доступі до постраждалих.

Вогнепальне поранення — це пошкодження тканин внаслідок дії снарядів, куль чи інших вибухових елементів зброї. Вогнепальні поранення є характерними для бойових дій, а також для терористичних актів та масових конфліктів. Вони можуть бути різними за характером і наслідками: проникаючі поранення, коли куля чи інший елемент зброї проникає в тіло, ушкоджуючи внутрішні органи; непроникаючі поранення, коли снаряд чи куля не проникає глибоко, але завдає поверхневих ушкоджень; рвані поранення, що трапляються при вибухах або при пораненнях від великокаліберних куль, що викликають великі розриви тканин; опіки та поранення від вибухових хвиль, які виникають внаслідок вибухів мін, гранат та інших вибухових речовин.

Такі травми можуть викликати внутрішні кровотечі, травми органів, переломи кісток, порушення функцій дихальної і серцево-судинної систем, що суттєво ускладнює надання першої допомоги.

Головна особливість вогнепальних ран полягає в тому, що вони супроводжуються дуже значним ушкодженням тканин, що поширюється за межі первинного ранового каналу.

Автомат Калашникова АК-74 або АКМ споряджений веретеноподібною кулею із суцільною оболонкою, виготовленою зі сталі з мідним

покриттям. Зазвичай у тілі людини ця куля проходить відстань 23-26 см головною частиною вперед, а потім різко змінює положення. Поранення вирізняється мінімальним розривом тканин. Як правило, куля залишає невелику точкову вхідну і вихідну рани з незначним розривом м'язів. При влученні кулі у великі органи тяжкість поранення буває значною і переважно несумісною з життям.

Кулі, що застосовуються у боєприпасах до автомата АК-74, відзначаються наявністю вільного простору завдовжки близько 5 мм у головній частині, призначення якого полягає у зміщенні важкості у бік донної частини, що змушує кулі змінювати положення на початковій стадії руху в тканинах і відтак негативно позначається на їх уражаючій дії. Хоча куля змінює своє положення вже через 7 см після проникання в тіло, значний розрив тканин виникає лише на кінцевій ділянці.

Кулі в боєприпасах 7,62 x 51 ММ НАТО (виробництво США), як правило, спричиняють поранення з незначним розривом тканин. Водночас створюється розлога тимчасова порожнина завглибшки майже 20-35 см. При цьому спостерігається значний розрив тканин. Якщо куля проходить через суцільні внутрішні органи, наприклад, печінку, вона їх повністю руйнує.

Кулі в боєприпасах 7,62x51 мм НАТО (виробництво Німеччини), викликають поранення, що характеризується значним рваним вихідним отвором. Але такі поранення не завжди бувають тяжкими, тому що осколки утворюються лише через 10 см руху кулі в тканинах, коли здебільшого великі кровеносні судини залишаються позаду. Поранення черевної порожнини смертельне через численні розриви, нанесені осколками.

Кулі калібру 7,62 x 54 мм (виробництво Росії), використовуються в боєприпасах до снайперської гвинтівки Драгунова і кулеметів. Спричиняють рани з профілем, що практично збігається з ушкодженнями, завданими кулями американського виробництва.

Сьогодні як уражаючі елементи стрілецької зброї розглядаються також оперені снаряди. Особливістю опереного забійного елемента є утворення ран незначного розміру, оскільки він проходить тканини головною частиною вперед. Взаємодія з тканинами на швидкості 700-750 м/с призводить до порушення водо-насичених внутрішніх органів, що містяться поблизу ранового каналу. Тому при мініальному рановому каналі можливі тяжкі і смертельні ушкодження.

Пістолетні кулі проходять через тканини головною частиною вперед, практично не змінюючи

траєкторії. Рановий канал незначний, тимчасова порожнина майже відсутня, оскільки швидкість кулі мала. Миттєве виведення людини зі строю можливе лише при влученні в життєво важливі органи [1, с. 91-124].

Тактика надання домедичної допомоги у зонах бойових дій має бути комплексною та добре організованою. Оскільки більшість постраждалих потребує термінового медичного втручання для запобігання летальних наслідків, важливо діяти швидко та ефективно. Домедична допомога має бути орієнтована на стабілізацію стану постраждалого до прибуття професійних медичних бригад.

Основні етапи тактики надання домедичної допомоги включають: оцінку безпеки, яка полягає в тому, що надання допомоги повинно розпочинатися лише після того, як буде забезпечена безпека для надавача допомоги. У зонах активних бойових дій важливо уникати додаткових ризиків, таких як потрапляння під вогонь чи вибухи; оцінку постраждалого, де проводиться попередня оцінка стану постраждалого, визначаються рівень свідомості, дихання, пульс, наявність серйозних кровотеч та інших життєво небезпечних станів; зупинку кровотечі, яка є однією з першочергових цілей. Для цього використовуються різноманітні методи: тиск на рану, накладення джгутів, стерильних бинтів або спеціальних гелів для зупинки кровотечі. Джгут накладається при артеріальних кровотечах, коли інші методи не дають результату; відновлення прохідності дихальних шляхів, оскільки в умовах бойових дій часто трапляються поранення, що призводять до обструкції дихальних шляхів, тому важливо забезпечити вільний прохід повітря для постраждалого; набір симптомів, що вимагають швидкого реагування, до таких симптомів відносяться: зупинка дихання, сильні внутрішні кровотечі, пневмоторакс (вхід повітря в порожнину грудної клітки), травми органів, що потребують хірургічного втручання; фіксація поранених частин тіла, де у разі переломів кісток або великих травм кінцівок слід вжити заходів для їх фіксації, щоб уникнути додаткових пошкоджень та зменшити біль; транспортний етап, на якому постраждалих, чий травми потребують подальшого лікування, слід евакуювати до медичних установ. Процес транспортування повинен бути організований так, щоб максимально скоротити час до отримання професійної допомоги.

Організація надання домедичної допомоги в умовах війни або масових збройних конфліктів базується на кількох принципах: принцип швидкості, який полягає в тому, що у бойових

умовах кожна хвилина може бути критичною. Чим швидше буде надана допомога, тим більша ймовірність збереження життя. Тому важливе значення має навчання солдатів та медиків основам надання першої допомоги; принцип системності, згідно з яким надання допомоги повинно здійснюватися за чітким алгоритмом, щоб кожен етап був виконаний належним чином. Це стосується як надання допомоги на місці, так і під час транспортування до лікарень чи польових госпіталів; принцип пріоритетності, відповідно до якого на полі бою існує необхідність виявлення постраждалих, які мають найсерйозніші травми і потребують негайної допомоги. Це дозволяє зберегти більше життів, якщо допомога надається перш за все тим, хто вимагає найтерміновішого втручання; принцип мобільності, за яким у умовах бойових дій важливо, щоб бригади медичної допомоги могли швидко змінювати своє місцезнаходження, реагуючи на нові загрози. Мобільність дозволяє бути більш ефективними в наданні допомоги навіть в умовах, коли місце події постійно змінюється; принцип мультидисциплінарності, за яким у бойових умовах важливо, щоб усі учасники процесу надання допомоги мали взаємодію, включаючи лікарів, медсестер, військових медиків та навіть добровольців. Це забезпечує комплексний підхід до лікування; принцип забезпечення континууму допомоги, який полягає в тому, що навіть після того, як допомога надана на місці поранення, потрібно організувати продовження лікування в польових госпіталях, а потім у цивільних або військових лікарнях [2].

Сучасні технології значно полегшують надання медичної допомоги в умовах бойових дій. Серед них: медичні бригади швидкої допомоги на спеціалізованих транспортних засобах (санітарні вертольоти, автомобілі швидкої допомоги), які можуть значно прискорити транспортування постраждалих до медичних установ; дистанційні засоби моніторингу, пристрої для моніторингу стану постраждалих, які дозволяють віддалено оцінити життєві показники пацієнтів, навіть перебуваючи на передовій; технічні засоби для зупинки кровотечі, такі як турнікети та кровоспинні засоби нового покоління, які значно ефективніше контролюють кровотечу, ніж традиційні методи.

Як вже зазначалося вище, вогнепальні поранення є одними з найскладніших і найнебезпечніших ушкоджень, які можуть статися як під час військових дій, так і в умовах масових збройних конфліктів. Характер поранень значною мірою залежить від типу зброї, яка була використана,

калібру боєприпасів, відстані до цілі та умов навколишнього середовища. Основні типи ушкоджень включають пенетраційні поранення, спричинені кулями або осколками, які проходять через тканини та органи; балістичні травми, пов'язані з високою енергією удару, що призводить до розриву тканин і переломів; вибухові поранення, що супроводжуються комбінованими ушкодженнями від ударної хвилі, осколків і теплового впливу. Ці поранення часто ускладнюються критичними станами, такими як масивні кровотечі, пневмоторакс, інфекції та сепсис, що вимагає чітких алгоритмів надання допомоги.

Міжнародні стандарти тактичної медицини, такі як TCCC (Tactical Combat Casualty Care), визначають три ключові етапи надання домедичної допомоги: допомога під вогнем (Care Under Fire), тактична польова допомога (Tactical Field Care) та тактична евакуація (Tactical Evacuation Care). На першому етапі виконуються мінімальні дії для стабілізації стану постраждалого, зокрема контроль масивних кровотеч за допомогою турнікетів, переміщення постраждалого до більш безпечної зони та мінімізація ризику для рятувальників. На другому етапі проводиться детальна оцінка стану постраждалого та виконуються такі дії, як накладання оклюзійних пов'язок для герметизації ран грудної клітки, забезпечення прохідності дихальних шляхів, використання гемостатичних препаратів, імобілізація ушкоджень та підтримка терморегуляції. На третьому етапі забезпечується транспортування постраждалого до медичного закладу з максимальною стабілізацією його стану, використання спеціалізованих засобів для евакуації та моніторинг життєво важливих показників [3].

Ефективність домедичної допомоги забезпечується чіткими алгоритмами дій, зокрема системою C-ABCDE, яка охоплює зупинку критичних кровотеч, забезпечення прохідності дихальних шляхів, оцінку та підтримку дихання, контроль кровообігу, оцінку неврологічного статусу та огляд тіла з метою запобігання переохолодженню. Турнікети є ключовим інструментом для зупинки масивних кровотеч, а оклюзійні пов'язки дозволяють ефективно герметизувати рани грудної клітки та запобігати розвитку пневмотораксу.

Оцінка стану постраждалого на місці події є важливим етапом надання першої допомоги. Правильне виконання алгоритму первинного огляду може значно покращити шанси на виживання постраждалого. Алгоритм C-ABCDE, що використовується для первинної оцінки постраждалих, включає такі етапи:

I етап «С» - Контроль критичних кровотеч

Оцінка кровотечі: Оцінюється наявність масивної кровотечі, особливо з артеріальних судин. Кровотеча з великих судин може швидко призвести до шоку.

Методи контролю:

– Прямий тиск на рану (можна використовувати стерильні або чисті матеріали).

– Якщо прямий тиск не допомагає, накласти джгут вище місця кровотечі (при необхідності для зупинки артеріальної кровотечі).

– Піднімання кінцівки (якщо кровотеча з кінцівки) також може допомогти зменшити кровотечу.

– Використовувати гемостатичні засоби або марлеві пов'язки для зупинки кровотечі.

II етап «А» - Прхідність дихальних шляхів (Airway)

Оцінка прохідності дихальних шляхів: Перевіряється, чи не заблоковані дихальні шляхи (наприклад, за допомогою язика або сторонніх предметів).

Методи відкриття дихальних шляхів:

– Застосовувати маневр підняття підборіддя або маневр забору щелепи для відкриття дихальних шляхів.

– Якщо є підозра на травму хребта, використовувати методи безпечного відкриття дихальних шляхів.

Усунення перешкод: При наявності сторонніх тіл або блювоти необхідно очистити дихальні шляхи.

III етап «В» - Оцінка дихання (Breathing)

Перевірка наявності дихання:

– Слухати, дивитися та відчувати рухи грудної клітки.

– Оцінювати наявність нормального, поверхневого дихання.

Визначення типу дихання: Затруднене або шумне дихання може свідчити про наявність обструкції або травми легень.

Вжиття заходів: Якщо дихання відсутнє або воно недостатнє, почати штучну вентиляцію легень (наприклад, через маску).

IV етап «С» - Оцінка циркуляції (Circulation)

Перевірка пульсу та кольору шкіри:

– Оцінка пульсу на сонних або променевих артеріях.

– Якщо пульс відсутній, негайно почати серцево-легеневу реанімацію (СЛР).

– Оцінка кольору шкіри та температури кінцівок (ціаноз може свідчити про порушення циркуляції).

Оцінка наявності інших ознак шоку:

– Гіпотонія (низький тиск).

– Холодна, мокра шкіра.

– Слабкий пульс.

V етап «D» - Неврологічний статус (Disability)

Оцінка рівня свідомості: Використовувати шкалу ком Глазго для оцінки свідомості (оцінюючи відкриття очей, вербальну реакцію та рухи).

Оцінка моторних функцій:

– Перевірити реакцію пацієнта на біль або на інші стимули.

– Перевірити наявність порушень координації, відсутності рухів кінцівок.

VI етап «E» - Експозиція та запобігання переохлажденню (Exposure and Environment)

Оцінка загального стану постраждалого:

– Зняти одяг для виявлення прихованих травм (ушкодження, кровотечі, переломи тощо).

– Оцінити наявність переломів або інших ушкоджень.

Запобігання переохоложденню:

– Після огляду накрити постраждалого ковдрою або іншим утеплюючим матеріалом для збереження тепла.

– Забезпечити, щоб постраждалий не був у контакті з холодною поверхнею [4].

Проте, варто виділити загальні зауваження, що полягають у тому, що алгоритм С-ABCDE дає змогу швидко оцінити стан постраждалого та прийняти необхідні заходи для стабілізації його стану до прибуття кваліфікованої медичної допомоги. Усі кроки повинні виконуватись за пріоритетністю: контроль кровотечі та прохідність дихальних шляхів є першочерговими, оскільки ці стани можуть призвести до смерті протягом кількох хвилин.

Окрім зазначених етапів, велику увагу слід приділяти розпізнаванню та лікуванню шоківих станів, які часто супроводжують вогнепальні поранення. Гіповолемічний шок, що виникає внаслідок значної втрати крові, потребує негайної корекції за допомогою інфузійної терапії. В умовах бойових дій використання турнікетів для контролю кровотечі має поєднуватися із застосуванням гемостатичних матеріалів, що сприяють швидкому згортанню крові навіть у складних умовах.

Важливим аспектом є профілактика та лікування інфекційних ускладнень. Введення антибіотиків широкого спектра дії на етапі тактичної польової допомоги є стандартом, який знижує ризик розвитку сепсису. Після надання первинної допомоги рани повинні бути очищені та оброблені для мінімізації ризику подальшого інфікування. У зонах бойових дій, де доступ до стерильних

умов обмежених, слід використовувати герметичні перев'язувальні матеріали.

Евакуація постраждалих є критичним компонентом домедичної допомоги. Вона передбачає визначення найбільш безпечного й швидкого маршруту транспортування, використання спеціалізованих засобів та дотримання заходів безпеки для уникнення додаткових ушкоджень. Навчання та підготовка персоналу мають вирішальне значення для забезпечення ефективності домедичної допомоги. Програми навчання включають теоретичну підготовку, практичні заняття з використанням симуляторів та реалістичних сценаріїв, а також регулярні тренування для підтримки навичок. Наприклад, у рамках навчання ТССС медичний персонал і бійці навчаються діяти в стресових умовах, що максимально наближені до реальних бойових ситуацій.

Крім того, варто зауважити, що психологічна підготовка осіб, що здійснюють рятувальні операції з надання домедичної допомоги також відіграє значну роль. Висока психологічна напруга та необхідність приймати швидкі рішення можуть впливати на ефективність надання такої допомоги. Програми підготовки мають включати елементи стрес-менеджменту та методи самоконтролю, які допомагають знижувати рівень тривожності та зберігати ясність мислення навіть у найкритичніших ситуаціях.

У критичних умовах масових збройних конфліктів важливу роль відіграє розподіл ресурсів за принципом триажу, який забезпечує пріоритетність надання допомоги залежно від тяжкості стану постраждалих. Це дозволяє оптимально використовувати наявні ресурси та забезпечувати надання допомоги тим, хто має найбільші шанси на виживання. Для ефективного триажу використовуються кольорові маркування, які дозволяють швидко ідентифікувати пріоритетність пацієнтів.

На сьогоднішній день, використання сучасних технологій значно підвищує ефективність надання допомоги. Наприклад, портативні пристрої для моніторингу життєвих показників, такі як пульсоксиметри та монітори серцевого ритму, дозволяють медичному персоналу оперативно оцінювати стан пацієнтів. Мобільні додатки для навчання й комунікації забезпечують швидкий доступ до протоколів дій, а також можливість отримання консультацій від досвідчених фахівців у режимі реального часу.

Ефективна організація домедичної допомоги в умовах війни та масових збройних конфліктів є ключовим фактором зниження смертності

та ускладнень серед постраждалих. Реалізація міжнародних стандартів, чіткі алгоритми дій, навчання персоналу й ефективна евакуація забезпечують високу якість надання допомоги. Подальші дослідження й удосконалення в цій сфері залишаються важливими для адаптації до нових викликів, пов'язаних із сучасними збройними конфліктами.

Не менш важливим є розвиток локальної інфраструктури для підтримки медичної допомоги в умовах конфлікту. Це включає створення мобільних медичних пунктів, забезпечення засобами першої допомоги на рівні громад, а також залучення волонтерів для підтримки медичного персоналу. Підготовка населення до надання домедичної допомоги в екстремальних умовах може суттєво підвищити рівень виживання серед постраждалих. Регулярне проведення тренінгів і навчальних семінарів для цивільного населення сприяє формуванню базових навичок домедичної допомоги, які можуть бути вирішальними у критичних ситуаціях.

Забезпечення достатньої кількості ресурсів, таких як медикаменти, перев'язувальні матеріали, турнікети та носилки, є ключовим завданням для медичних служб у зоні бойових дій. Планування логістики постачання медичних засобів має враховувати не лише поточні потреби, але й можливі надзвичайні ситуації, які можуть виникнути. Створення стратегічних запасів у місцях, які перебувають на безпечній відстані від лінії фронту, дозволяє швидко реагувати на різкі зміни обставин та забезпечувати медичні підрозділи всім необхідним.

Особливу увагу слід приділяти підтримці спеціалізованих транспортних засобів для евакуації постраждалих. Використання броньованих автомобілів для транспортування в умовах активних бойових дій забезпечує додатковий рівень захисту як для постраждалих, так і для медичного персоналу. Для евакуації з важкодоступних зон можна залучати повітряний транспорт, зокрема гелікоптери, які обладнані медичним обладнанням для підтримки життєво важливих функцій.

Умови сучасних збройних конфліктів вимагають інноваційних підходів до забезпечення домедичної допомоги. Наприклад, розвиток телемедицини дозволяє надавати консультації в реальному часі, що є особливо важливим у разі відсутності фахівців безпосередньо на місці подій. Використання дронів для доставки медикаментів та обладнання у важкодоступні або небезпечні зони також стає все більш популярним. Такі технологічні рішення

дозволяють значно скоротити час надання допомоги та підвищити її ефективність.

Ще одним важливим аспектом є організація навчання та тренувань не лише для медичного персоналу, але й для цивільного населення. Люди, які мають базові знання та навички у наданні домедичної допомоги, можуть суттєво покращити шанси на виживання постраждалих до прибуття професійної допомоги. Військові й цивільні тренінги з домедичної допомоги мають включати відпрацювання реалістичних сценаріїв, які враховують реальні умови бойових дій.

Узагальнення досвіду, отриманого під час сучасних збройних конфліктів, дозволяє розробляти нові підходи та вдосконалювати наявні методики. Зокрема, аналіз випадків ефективної та неефективної допомоги допомагає виявляти слабкі місця у системі організації домедичної допомоги та знаходити способи їх усунення. Постійне оновлення протоколів дій відповідно до найновіших наукових розробок та практичних досліджень сприяє підвищенню якості допомоги.

В умовах війни важливо також враховувати психологічний стан як постраждалих, так і медичного персоналу. Постійна робота під стресом, небезпека для життя, висока відповідальність – усе це може негативно впливати на прийняття рішень та ефективність виконання обов'язків. Тому програми навчання та підготовки мають включати не лише технічні, але й психологічні аспекти, зокрема розвиток стресостійкості та методи швидкого відновлення після інтенсивних емоційних навантажень.

Особливості надання допомоги можуть змінюватися залежно від контексту конфлікту. Наприклад, у випадках, коли бойові дії відбуваються у міських умовах, додатковими викликами стають обмежений доступ до постраждалих, ризик обвалів будівель, а також підвищена ймовірність поранень серед цивільного населення. Це потребує адаптації стандартних протоколів до конкретних умов, що передбачає розробку альтернативних маршрутів евакуації, використання спеціального обладнання для доступу до завалених зон, а також організацію тимчасових медичних пунктів у безпечних місцях.

Розвиток партнерських відносин із міжнародними організаціями, які спеціалізуються на наданні гуманітарної допомоги, може значно підсилити можливості локальних медичних служб. Такі організації часто мають доступ до ресурсів, які можуть бути недоступними на місцях, включаючи спеціалізоване обладнання, медичні препарати

та експертні знання. Співпраця з міжнародними партнерами також сприяє обміну досвідом і впровадженню кращих світових практик у сфері домедичної допомоги.

Таким чином, організація надання домедичної допомоги у зоні збройних конфліктів є комплексною проблемою, яка вимагає скоординованих зусиль на різних рівнях. Ефективна взаємодія між медичними службами, військовими структурами, громадськими організаціями та міжнародними партнерами є запорукою збереження життя та здоров'я постраждалих. Підготовка персоналу, впровадження інноваційних технологій, створення запасів ресурсів і адаптація до мінливих умов – усе це складає основу для успішного надання допомоги в умовах сучасних конфліктів.

Висновки. Надання домедичної допомоги постраждалим від вогнепальних поранень у умовах війни та масових збройних конфліктів є надзвичайно складним і багатограним завданням, яке потребує не лише висококваліфікованих медичних знань і навичок, але й швидкої реакції, чіткої організації та здатності адаптуватися до постійно змінюваних умов на полі бою. Вогнепальні поранення, отримані під час бойових дій, часто є результатом застосування різноманітних видів зброї, що значно ускладнює характер і тяжкість травм. Тому тактика надання допомоги повинна бути ефективною, швидкою і, головне, виваженою, з урахуванням усіх можливих ризиків і наслідків для життя постраждалого.

Першочерговим завданням на місці події є швидка оцінка стану постраждалого і визначення пріоритетів. Оскільки на полі бою кожна хвилина може бути вирішальною, медики повинні бути готовими діяти за чітким алгоритмом, щоб максимально швидко і ефективно стабілізувати стан пораненого до транспортування до спеціалізованих медичних закладів. Цей процес вимагає не тільки технічної підготовленості, а й психологічної стійкості від тих, хто надає допомогу, оскільки вони часто опиняються в екстремальних ситуаціях під постійною загрозою.

Важливим аспектом є організація допомоги за принципами пріоритетності, що дозволяє зосередити зусилля на постраждалих з найважчими травмами. Однак надання допомоги в умовах бойових дій вимагає не лише індивідуальних дій, але й ефективної роботи у складі мультидисциплінарних бригад, які об'єднують військових медиків, лікарів, медсестер і навіть волонтерів, що разом можуть забезпечити комплексний підхід до лікування. Саме взаємодія між різними

рівнями медичної допомоги – від домедичної до госпітальної – може визначити кінцевий результат, зокрема, збереження життя постраждалого.

Системність надання допомоги на всіх етапах, від надання першої допомоги до подальшого лікування в медичних закладах, є важливою складовою успіху. Це також вимагає розвитку та постійного вдосконалення організаційних процесів у медичних установах, які мають бути готовими до великої кількості постраждалих і забезпечувати високий рівень медичних послуг навіть у складних умовах.

Окремо варто зазначити, що технічні інновації відіграють важливу роль у наданні домедичної допомоги. Використання новітніх технологій, таких як медичні бригади швидкої допомоги на спеціалізованих транспортних засобах, дистанційне моніторингування стану постраждалих і новітні кровоспинні засоби, значно полегшують процес лікування та збільшують шанси на успішне врятування життя. Впровадження сучасних технологій дозволяє зменшити час реагування на надзвичайні ситуації і покращити якість медичних послуг, що надаються в польових умовах.

Однак, на жаль, навіть найкраща тактика та передові технології не можуть замінити людський фактор. Кваліфікація і готовність медичних працівників, їх здатність до стресостійкості та ефективної взаємодії в умовах бойових дій, залишаються ключовими факторами, що визначають успіх надання домедичної допомоги. Навчання та підготовка персоналу до роботи в екстремальних умовах, у тому числі навичок самопомоги та взаємодопомоги, є одним із важливих елементів,

які сприяють зниженню рівня смертності серед постраждалих.

У підсумку, ефективне надання домедичної допомоги під час війни та збройних конфліктів вимагає комплексного підходу, який включає не лише медичну підготовку, але й організацію роботи, ефективне використання ресурсів і постійну взаємодію всіх учасників процесу. Тільки за умови чіткої і скоординованої роботи всіх структур можна досягти значних результатів у збереженні життя і здоров'я постраждалих.

Література

1. Особиста безпека / Криволапчук В.О., Тодуров І.М., Бондарчук М.Т., Юрченко А.В., Шаповалов О.В. : навч.-практ. посіб. К.: ВПЦ МВС України, 2006. 169 с.
2. Халмурадов Б. Д. Медицина надзвичайних ситуацій. підручник / Б.Д. Халмурадов, П. Б. Волянський – К. : Центр учбової літератури, 2023. 208 с.
3. Домедична допомога в екстремальних ситуаціях та медичний захист населення в надзвичайних ситуаціях. Навчальний посібник. / Гринзовський А.М., Волянський П.Б., Калашченко С.І. та ін. Київ : Вид. дім «СКІФ», 2023. 216 с.
4. Вайда Т. С. Долікарська допомога: навч. посіб. Херсон: ОЛДІ-ПЛЮС, 2024. 874 с.

Чернов О. В.,
доктор філософії,
асистент кафедри криміналістики,
детективної та оперативно-розшукової
діяльності
Національного університету
«Одеська юридична академія»