# ДОПОМОГА В УМОВАХ ПРЯМОЇ ЗАГРОЗИ (ДПЗ)

## Цілі:

1. Виконати місію з мінімальними втратами
2. Вжити заходів для запобігання отриманню постраждалим додаткових травм.
3. Забезпечити максимальне залучення групи реагування до нейтралізації наявної загрози (наприклад, діючий стрілець, нестійка будівля, небезпечні речовини в обмеженому просторі тощо)
4. Мінімізувати шкоду іншим цивільним особам

## Принципи:

1. Мінімізувати поточну безпосередню загрозу (наприклад, гасіння відкритої пожежі, обвалення нестійкої будівлі, сценарій динамічного вибуху тощо).
2. Методи зведення загроз до мінімуму дозволять пом’якшити ризик для постраждалих і постачальників послуг. До них мають належати методи та інструменти для швидкого доступу до постраждалих та їх евакуації.
3. Провести мінімальні заходи щодо надання допомоги в випадку травм.
4. Вжиття заходів з зупинки кровотечі
	1. Накладання джгута є первинним медичним втручанням, яке слід застосовувати під час надання допомоги в умовах безпосередньої загрози.
	2. Слід дати потерпілому вказівку безпосередньо затиснути рану, якщо джгута немає, або його накладення недоцільне з тактичної точки зору.
5. Швидко помістити потерпілого в положення, або дати йому вказівку зайняти положення, необхідне для захисту дихальних шляхів.

## Методичні рекомендації:

1. Мінімізуйте загрозу і перемістіть постраждалого в безпечніше місце (наприклад, відкрийте вогонь у відповідь, скористайтеся технологією нелетальної дії, займіть позицію переважальної сили, витягніть постраждалого з-під конструкцій, що от-от заваляться, тощо).
2. Дайте потерпілому вказівку переміститися в більш безпечне місце і за можливості надати самому собі допомогу.
	1. Необхідно звернути увагу на тип вказівки, який буде надано цій групі населення.
	2. Використання тактильної вказівки, візуальної сигналізації та простих мовних зворотів може покращити комунікацію.
3. Витягання постраждалих
	1. Якщо постраждалий може переміститися в безпечне місце, слід дати йому відповідну вказівку.
	2. Якщо потерпілий не реагує, польовий командир або керівник групи повинні зважити ризики і переваги спроби порятунку з точки зору особового складу і ймовірності успіху. Слід вжити заходів щодо дистанційного медичного обстеження.
	3. Якщо потерпілий реагує, але не може рухатися, слід розробити здійсненний з тактичної точки зору план порятунку.
	4. Визначте динаміку загроз і те, чи матимуть вони постійну дію і вимагатимуть постійної оцінки.
4. Зупиніть небезпечну для життя зовнішню кровотечу, якщо це можливо з тактичної точки зору:
	1. Лікар повинен відразу ж накласти джгути постраждалим дітям.
	2. Накладіть джгут поверх одягу так близько (високо на кінцівці), наскільки це можливо.
	3. затягніть джгут до припинення кровотечі і перемістіть потерпілого в безпечне місце. Якщо цього вимагає ситуація, розгляньте варіант переміщення потерпілого в безпечне місце до накладення джгута.
	4. Дайте постраждалому вказівку затиснути рану, якщо джгута немає, або якщо його накладення тактично недоцільне
5. Розгляньте варіант швидкої зміни положення постраждалого або дайте йому вказівку змінити положення на таке, що забезпечує захист дихальних шляхів (якщо це тактично доцільно)

## Набори навичок:

1. Накладення джгута
2. Застосування методики «основний, запасний, резервний, аварійний» (PACE — Primary, Alternative, Contingency, Emergency)
3. Наявні в продажу джгути
4. Джгути, виготовлені з підручних засобів
5. Тактичне витягання постраждалих
6. Швидке розміщення в зручному положенні

# ДОПОМОГА В УМОВАХ НЕПРЯМОЇ ЗАГРОЗИ (ДНПЗ)

## Цілі:

1. Цілі 1–4 відповідно до зазначеного вище щодо ДПЗ
2. Провести стабілізацію стану постраждалого (за потреби), щоб забезпечити безпечне переміщення до спеціального лікувального закладу чи місця медичної евакуації

## Принципи:

1. Зберегти тактичну перевагу, мінімізувати загрози і виконати загальну місію.
2. Провести спеціальне обстеження пацієнта та почати відповідні заходи з порятунку життя згідно з описом, наведеним у рекомендаціях з ДНПЗ. НЕ ВІДКЛАДАТИ витягання /евакуацію постраждалого заради проведення заходів, не спрямованих на порятунок життя.
3. Розглянути варіант організації пункту збору постраждалих, якщо постраждалих декілька
4. Зв’язатися з бойовим підрозділом та (або) з підрозділом управління і запитати або підтвердити початок витягання /евакуації постраждалих.
5. Підготувати постраждалих до витягання і задокументувати надану допомогу, щоб забезпечити подальше надання відповідної медичної допомоги.

## Методичні рекомендації:

1. Кровотеча:
	1. Проведіть обстеження на предмет невиявленої кровотечі і встановіть всі джерела сильної кровотечі:
		1. Якщо цього ще не було зроблено, накладіть джгут, щоб зупинити небезпечну для життя кровотечу.
			1. Накладіть джгут поверх одягу так близько (високо на кінцівці), наскільки це можливо. Якщо є така можливість, а тактична ситуація сприятлива, оголіть повністю рану, наклавши джгут безпосередньо на шкіру.
			2. У разі травматичної повної або часткової ампутації джгут слід накласти незалежно від інтенсивності кровотечі.
		2. Накладіть компресійну пов’язку з тугим тампонуванням дна рани для контролю небезпечної для життя зовнішньої кровотечі, при цьому слід враховувати анатомічне розміщення рани.
	2. У разі кровотечі з судин, що неможливо притиснути, яку не можна зупинити накладенням джгута з анатомічних причин, або додатково після зняття джгута (якщо очікується, що час евакуації складе більше двох годин), нанесіть кровоспинний засіб відповідно до інструкції з застосування і накладіть компресійну пов’язку. Перш ніж знімати джгут з постраждалого, якому була проведена в/в агресивна інфузійна терапія з приводу геморагічного шоку, переконайтеся в позитивній відповіді на проведені реанімаційні заходи (наприклад, наявність нормального периферичного пульсу і поліпшений рівень свідомості).
	3. Повторно огляньте всі джгути, які були накладені в попередніх фазах надання медичної допомоги. Оголіть рану. Накладені поспіхом у фазі ДПЗ джгути, що були визначені як необхідні та ефективні для зупинки кровотечі, не знімаються, якщо є можливість швидко евакуювати постраждалого для надання остаточної медичної допомоги. Якщо контроль кровотечі виявляється неефективним, або якщо можлива затримка з евакуацією для надання медичної допомоги, повністю оголіть рану, визначте відповідне місце якнайближче до першого джгута і прямо на шкіру накладіть новий джгут.
	4. Якщо час і тактична ситуація дають таку змогу, слід перевірити наявність дистального пульсу на кожній кінцівці, на яку накладено джгут. Якщо дистальний пульс усе ще присутній, розгляньте варіант додаткового затягування наявного або використання другого джгута (поруч із першим), щоб усунути дистальний пульс.
	5. Оголіть рану і чітко позначте всі місця накладення джгута з зазначенням часу його накладення.
2. Забезпечення прохідності дихальних шляхів:
	1. Постраждалий без свідомості без обструкції дихальних шляхів:
3. підйом підборіддя або висунення нижньої щелепи;
4. назофарингеальний повітропровід;
5. розміщення пацієнта в зручному положенні;
6. обережне поводження з пацієнтами з підозрою на травму шийного відділу хребта.
	1. Постраждалий з наявною або потенційною обструкцією дихальних шляхів:
		1. підйом підборіддя або висунення нижньої щелепи;
		2. назофарингеальний повітропровід;
		3. прийняття постраждалим положення, яке в найкращий спосіб забезпечує прохідність дихальних шляхів, у тому числі сидяче;
		4. розміщення пацієнта без свідомості в зручному положенні.
	2. Якщо попередні заходи не мали успіху, слід розглянути варіант застосування:
		1. розташування дихальних шляхів покращується за рахунок підняття плечей;
		2. штучній вентиляції легенів мішком Амбу віддають перевагу перед інтубацією серед дітей з підозрою на геморагічний шок на догоспітальному етапі;
		3. оро- /назотрахеальної інтубації;
		4. хірургічного /інвазивного забезпечення прохідності дихальних шляхів;
7. голкова крикотиреотомія рекомендується за відсутності ознак статевого дозрівання;
8. хірургічна крикотиреотомія рекомендується тільки педіатричним пацієнтам з ознаками статевого дозрівання;
9. надглоткових засобів ​(наприклад, King LT або LMA) відповідно до протоколу.
	1. кисню (за наявності).
10. Дихання:
11. Постраждалого з прогресивним наростанням дихальної недостатності і підтвердженою або потенційною травмою тулуба слід оглянути на предмет напруженого пневмотораксу. Голкову торакостомію слід виконувати на стороні травми, використовуючи катетер найбільшого (мінімум 18) калібру і довжини, що відповідають об’єму тіла /товщині грудної стінки:
12. У другому міжребер’ї по середній підключичній лінії. Необхідно слідкувати за тим, щоб голка вводилася в грудну клітку латерально до соскової лінії, а не в напрямку до серця.
13. Якщо є належна професійна підготовка, розгляньте варіант латеральної декомпресії з введенням голки в 4–5 міжребер’ї, перед середньою пахвовою лінією на стороні травми.
14. Усі ураження в вигляді проникаючої рани грудної клітки слід відразу ж закривати накладанням оклюзивних пов’язок. Спостерігайте за постраждалим на предмет можливого розвитку подальшого напруженого пневмотораксу.
15. Внутрішньосудинний (в/в / в/к) доступ:
	1. Якщо показана швидка агресивна інфузійна терапія, розгляньте первинний внутрішньокістковий (в/к) шлях (згідно з протоколом установи).
	2. Розгляньте варіант в/в доступу з заглушкою-портом венозного катетера
16. Агресивна інфузійна терапія: обстеження на предмет геморагічного шоку; зміна психічного стану (за відсутності травми голови) і слабкий або відсутній периферичний пульс є найкращими польовими показниками шоку.
	1. Якщо шоку немає:
		1. В/в вливання не потрібне
		2. Можна давати пити рідини, якщо:
17. Постраждалий у свідомості, може ковтати і не має травм, що вимагають потенційного хірургічного втручання
18. Підтверджується тривала затримка евакуації для надання медичної допомоги
	1. Якщо в постраждалого шок:
		1. Проведіть відповідне в/в болюсне вливання (20 мл/кг ІР/ЛР) і повторно огляньте постраждалого. Якщо в пацієнта досі шок, повторюйте болюсне вливання кожні 30 хвилин.
		2. Якщо в постраждалого зі зміною психічного стану через підозру на ЧМТ слабкий або відсутній периферичний пульс, проводьте реанімаційні заходи до середнього показника вікового діапазону систолічного артеріального тиску або до моменту повернення впевненого периферичного пульсу.
19. Попередження переохолодження (зверніть увагу, що через високе співвідношення загальної площі поверхні тіла та інших фізіологічних змінних діти входять до групи підвищеного ризику переохолодження):
20. Після того, як будуть вжиті заходи для порятунку життя, докладіть максимум зусиль для того, щоб якнайшвидше, щойно це стане тактично можливо, запобігти втраті тепла.
21. Мінімізуйте вплив чинників навколишнього середовища на постраждалого.
22. Якщо можливо, замініть мокрий одяг на сухий. Якнайшвидше покладіть постраждалого на ізольовану поверхню.
23. Накрийте постраждалого професійними зігрівальними пристроями, сухими ковдрами, підкладками для пончо, спальними мішками або будь-чим, що втримає тепло і збереже постраждалого сухим.
24. У разі необхідності проведення в/в вливання краще вводити теплі розчини.
25. Проникаюча рана ока: якщо є очевидна або потенційна проникаюча рана ока:
	1. проведіть швидкий тест на гостроту зору;
	2. накладіть на око захисний щиток (НЕ пов’язку, яка може тиснути на очне яблуко). Якщо спеціальний захисний щиток недоступний, необхідно використати підручне пристосування, яке захищатиме яблуко травмованого ока від зовнішнього тиску.
26. Повторно огляньте постраждалого:
	1. Проведіть повторне обстеження з перевіркою на предмет додаткових травм. Огляньте і перев’яжіть виявлені рани, на які пов’язка ще не накладалась.
	2. Розгляньте варіант шинування підтверджених /потенційних переломів, у тому числі з застосуванням тазового бандажу в разі підозри на переломи тазових кісток.
27. За потреби забезпечте знеболювання.
	1. Для усунення легкого або помірного болю розгляньте варіант застосування ненаркотичних лікарських засобів для прийому всередину або ректально (якщо такі є), як-от Тайленол.
	2. У постраждалих із травмами уникайте використання нестероїдних протизапальних препаратів (наприклад, аспірину, ібупрофену, напроксену, кеторолаку тощо), оскільки ці препарати порушують функціонування тромбоцитів і можуть посилювати кровотечу.
	3. Наркотичні знеболювальні лікарські засоби слід застосовувати згідно з протоколом. Розгляньте варіант застосування аерозольних інгаляторів для слизової оболонки (MAD — mucosal atomizer devices). Для усунення помірного або сильного болю в педіатричних пацієнтів слід обережно застосовувати наркотичних лікарські засоби (наприклад, цитрат фентанілу) та (або) кетамін через їх вищі обсяги розподілу.
		1. Розгляньте варіант одночасного прийому протиблювотних препаратів
		2. У разі введення опіатів майте напоготові налоксон
		3. Спостерігайте за побічними ефектами, такими як пригнічення дихання або гіпотензія.
28. Антибіотики: якщо евакуація постраждалих з відкритими ранами і проникаючими травмами очей для отримання остаточної медичної допомоги значно затримується або неможлива. Зазвичай це визначається на етапі планування місії і потребує медичного нагляду.
29. Опіки:
	1. Опіки обличчя, особливо ті, які були отримані в закритих приміщеннях, можуть бути пов’язані з інгаляційною травмою. Проведіть огляд на предмет обпаленого волосся в носі, на обличчі або сажі всередині і навколо носа, які можуть свідчити про можливу інгаляційну травму. У таких пацієнтів ретельно контролюйте стан дихальних шляхів і кисневу сатурацію та розгляньте варіант раннього остаточного забезпечення прохідності дихальних шляхів з приводу дихальної недостатності або зниження рівня насичення киснем.
	2. Вдихання диму, особливо в замкнутому просторі, може призводити до сильного отруєння монооксидом вуглецю і ціанідом. Пацієнти з ознаками вдихання значної кількості диму:
		1. Сильні симптоми отруєння монооксидом вуглецю слід лікувати методом високопотокової оксигенації, якщо є така можливість
		2. У разі сильних симптомів отруєння ціанідом може знадобитися ввести антидот ціаніду
	3. Оцініть загальну площу поверхні тіла (ЗППТ), що зазнала опіку, з точністю до 10 %, використовуючи відповідну затверджену на місцевому рівні формулу розрахунку площі опіку.
	4. Накрийте область опіку сухим стерильним матеріалом і проведіть заходи щодо запобігання втраті тепла і переохолодженню.
	5. Якщо площа опіків становить понад 20 % від загальної площі поверхні тіла, слід відразу після встановлення в/в (в/к) доступу почати агресивну інфузійну терапію під наглядом лікаря. Якщо

відмічається також геморагічний шок, реанімаційні заходи з приводу геморагічного шоку мають пріоритет перед реанімацією з приводу опікового шоку відповідно до рекомендацій.

* 1. Усі описані вище заходи можуть проводитися на шкірі /через шкіру постраждалого, який отримав опіки.
	2. Можна ввести знеболювальні лікарські засоби відповідно до рекомендацій ТЕМД.
	3. Проведіть інтенсивні заходи для запобігання переохолодженню в разі опіків площею понад 20 % ЗППТ.
1. Моніторинг: скористайтеся відповідними пристроями для моніторингу та (або) діагностичним обладнанням (якщо таке є). Виміряйте і зафіксуйте основні показники стану організму.
2. Підготуйте постраждалого до транспортування: визначте, чи сприяють фактори зовнішнього середовища безпечній і швидкій евакуації. Зафіксуйте постраждалого на транспортувальному пристрої (за наявності). Якщо витягання відбуватиметься вертикально, переконайтеся, що постраждалий закріплений за допомогою ременів безпеки, обладнання в зборі і визначених точок кріплення.
3. Підтримуйте розмову з постраждалим, якщо це можливо. Заспокойте пацієнта, повторно запевніть його, що все добре, поясніть йому всі маніпуляції, що виконуються.
4. У постраждалих з вибуховою або вогнепальною проникаючою травмою, в яких відсутній пульс, дихання та інші ознаки життя, серцево-легенева реанімація (СЛР) у цій оперативно-тактичній обстановці не матиме успіху, тому її не слід проводити, окрім випадків наявності для цього відповідного персоналу. Проте в пацієнтів з травмою тулуба або політравмою, в яких відсутнє дихання або пульс, розгляньте варіант проведення двосторонньої голкової декомпресії, щоб переконатися, що напружений пневмоторакс не призведе до зупинки серця до припинення надання медичної допомоги.
	1. За певних обставин, таких як ураження електричним струмом, утоплення, зупинка серця нетравматичного ґенезу або гіпотермія, проведення СЛР може мати користь і розглядатися як варіант застосування з огляду на тактичну ситуацію.
5. Документування заходів з надання допомоги: зафіксуйте в документації клінічні обстеження, проведене лікування та зміни стану постраждалого відповідно до місцевого протоколу. Розгляньте варіант використання картки надання медичної допомоги постраждалим, яку можуть швидко і легко заповнити співробітники служби реагування, які не є медичними працівниками. Ця документація має супроводжувати постраждалого під час переведення на наступний рівень медичної допомоги.

## Набір навичок:

1. **Зупинка кровотечі:**
	1. накладання джгута;
	2. пряме затискання;
	3. накладання компресійної пов’язки;
	4. тампонування рани;
	5. нанесення кровоспинного засобу.

## Дихальні шляхи:

* 1. виконання ручних маніпуляцій (підйом підборіддя, висунення нижньої щелепи, переміщення в зручне положення, підняття плечей);
	2. встановлення назофарингеального повітропровіду;
	3. встановлення надглоткових засобів (LMA, King-LT тощо);
	4. проведення інтубації трахеї;
	5. виконання хірургічної крикотиротомії (не рекомендується дітям молодше 10 років);
	6. виконання голкової крикотиротомії.

## Дихання:

* 1. накладання ефективних оклюзивних пов’язок на грудну клітку;
	2. штучна вентиляція легенів за допомогою мішка Амбу;
	3. оксигенотерапія;
	4. накладання оклюзивних пов’язок;
	5. проведення голкової декомпресії грудної клітки.

## Кровообіг:

* 1. отримання внутрішньосудинного доступу;
	2. отримання внутрішньокісткового доступу;
	3. застосування заглушка-порту венозного катетера;
	4. в/в і в/к введення лікарських засобів і розчинів;
	5. введення продуктів крові.

## Лікування ран:

* 1. накладання захисного щитка на око;
	2. накладання пов’язки для запобігання евісцерації;
	3. накладання шини на кінцівку;
	4. накладання тазового бандажа;
	5. ініціювання базового лікування опіків;
	6. лікування черепно-мозкової травми.

## Підготовка постраждалого до евакуації:

* 1. переміщення постраждалого (витягування, перенесення, підйом);
	2. застосування пристроїв для іммобілізації хребта;
	3. фіксація постраждалого на носилках;
	4. запобігання переохолодженню.

## Інші навички:

* 1. швидка детоксикація;
1. ініціювання поточного контролю постраждалого;
2. організація пункту збору постраждалих.
3. сортування.

# НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ФАЗІ ЕВАКУАЦІЇ:

## Цілі:

1. Подальше проведення рятувальних заходів, що проводилися в фазах ДПЗ /ДНПЗ
2. Забезпечення швидкого і безпечного витягання постраждалих для надання допомоги відповідного рівня
3. Запобігання додатковим превентивним причинам смерті

## Принципи:

1. Повторний огляд постраждалого або постраждалих
2. Вирішальне значення має швидка евакуація пацієнтів /постраждалих
3. Застосування додаткових ресурсів для максимального підвищення рівня медичної допомоги
4. Запобігання переохолодженню
5. Комунікація має вирішальне значення, особливо між тактичними і нетактичними командами ЕМД

## Методичні рекомендації:

1. Проведіть повторну оцінку всіх заходів, що вживалися в попередніх фазах надання медичної допомоги. Якщо постраждалих декілька, виконайте первинне сортування.
2. Забезпечення прохідності дихальних шляхів:
	1. Принципи забезпечення прохідності дихальних шляхів в фазі евакуації аналогічні принципам, що застосовуються в фазі ДНПЗ, з додатковим розширеним застосуванням надглоткових пристроїв та ендотрахеальної інтубації.
	2. Постраждалий без свідомості без обструкції дихальних шляхів:
		1. підйом підборіддя або висунення нижньої щелепи;
		2. назофарингеальний повітропровід;
		3. розміщення пацієнта в зручному положенні;
		4. обережне поводження з пацієнтами з підозрою на травму шийного відділу хребта.
3. Постраждалий з наявною або потенційною обструкцією дихальних шляхів:
	1. зручне положення;
	2. назо- /фарингеальний повітропровід;
	3. розташування дихальних шляхів покращується за рахунок підняття плечей;
	4. штучна вентиляція легенів мішком Амбу є еквівалентною інтубації серед дітей на догоспітальному етапі;
	5. якщо попередні заходи не мали успіху, розумно буде розглянути варіант використання надглоткових пристроїв (King LT, LMA тощо), ендотрахеальної інтубації в швидкій послідовності;
	6. голкова крикотиреотомія рекомендується за відсутності ознак статевого дозрівання;
	7. хірургічна крикотиреотомія рекомендується тільки пацієнтам з ознаками статевого дозрівання;
4. Після інтубації постійно стежте за ендотрахеальною трубкою (чи вона не змістилася), чи не з’явилася обструкція, і чи не відмовило обладнання.
5. Якщо пацієнта під’єднано до апарату штучної вентиляції легенів, розгляньте варіант застосування стратегії захисту легенів і повторно огляньте пацієнтів з потенційним пневмотораксом на предмет погіршення функціонування органів дихання.
6. За можливості рекомендується проводити постійний контроль CO2 в кінці спокійного видиху.
7. Не рекомендується проводити перенасичення легенів киснем з метою профілактики
8. Дихання:
	1. Проведіть повторний огляд постраждалих, яким було накладено оклюзивні пов’язки або проведено голкову торакостомію з приводу ураження грудної клітки. Якщо є ознаки подальшої або прогресуючої дихальної недостатності:
		1. Розгляньте варіант повторного проведення голкової декомпресії. Якщо це поліпшило клінічний стан пацієнта, декомпресію можна повторити кілька разів.
		2. Якщо в медичного працівника є відповідний досвід, і якщо це відповідає схваленому місцевому протоколу, розгляньте варіант встановлення плевральної дренажної трубки, якщо декомпресія не призвела до полегшення дихальної недостатності, і якщо очікується тривале повітряне транспортування.
	2. Усі ураження в вигляді проникаючої рани грудної клітки слід відразу ж закривати накладанням оклюзивних пов’язок. Спостерігайте за постраждалим на предмет можливого розвитку подальшого напруженого пневмотораксу. Напружений пневмоторакс слід лікувати так, як це описано в фазі ДНПЗ.
	3. Введення кисню може бути корисним (за відсутності ризику пожежі або вибуху) для всіх пацієнтів з травмами, особливо в таких типів постраждалих:
		1. з низьким рівнем кисневої сатурації за результатами пульсоксиметрії;
		2. з травмами, пов’язаними з порушенням оксигенації;
		3. без свідомості;
		4. постраждалий з ЧМТ (киснева сатурація має підтримуватися на рівні >90%);
		5. постраждалий з шоком;
9. Кровотеча:
	* 1. постраждалий на висоті;
		2. постраждалі з пневмотораксом.
			1. Повністю оголіть рани, щоб повторно провести обстеження на предмет невиявленої кровотечі і встановити всі джерела сильної кровотечі.
			2. Якщо цього ще не було зроблено, скористайтеся джгутом або накладіть відповідну компресійну пов’язку з тугим тампонуванням дна рани для контролю небезпечної для життя зовнішньої кровотечі, при цьому слід враховувати анатомічне розміщення рани. У разі травматичної повної або часткової ампутації джгут слід накласти незалежно від інтенсивності кровотечі.
			3. Повторно огляньте всі джгути, які були накладені в попередніх фазах надання медичної допомоги. Оголіть рану і визначте, чи потрібен джгут.
				1. Накладені поспіхом у попередніх фазах джгути, що були визначені як ефективні для зупинки кровотечі, не знімаються, якщо є можливість швидко евакуювати постраждалого для надання остаточної медичної допомоги.
				2. Якщо джгут виявляється неефективним для зупинки кровотечі, або якщо є можлива затримка в евакуації для надання медичної допомоги, накладіть новий джгут безпосередньо над першим.
				3. Якщо очікується затримка з наданням остаточної медичної допомоги більше ніж на 2 години, а анатомічне розташування рани, на яку був накладений джгут, дає таку можливість, спробуйте спустити джгут, як це описано в фазі ДНПЗ (це повинен робити рятувальник або дипломований лікар).
				4. Дистальний пульс необхідно перевіряти на кожній кінцівці, на яку накладено джгут. Якщо дистальний пульс усе ще присутній, розгляньте варіант додаткового затягування наявного або використання другого джгута (поруч із першим), щоб усунути дистальний пульс.
				5. Оголіть рану і чітко позначте всі місця накладення джгута з зазначенням часу його накладення. Використовуйте незмивний маркер.
10. Агресивна інфузійна терапія:
	1. Якщо в постраждалого виявляються ознаки шоку (зміна психічного стану за відсутності травми головного мозку, слабкий або відсутній периферичний пульс та (або) зміна характеру пульсу), реанімаційні заходи повинні бути спрямовані на відновлення периферичного пульсу і поліпшення психічного стану.
	2. Якщо можливий моніторинг АТ, підтримуйте цільовий показник систолічного АТ 70 мм рт.ст. або середнього артеріального тиску вище 60 мм рт.ст. в дітей віком до 10 років (мінімальний нормальний систолічний АТ = 70+ (вік х 2).
	3. Якщо це не було зроблено в фазі ДНПЗ, встановіть внутрішньосудинний доступ. Розгляньте варіант встановлення первинного внутрішньокісткового доступу в дітей
	4. Проведення реанімаційних заходів як у фазі ДНПЗ з такими доповненнями:
		1. Якщо в пацієнта шок, а препарати крові відсутні або не схвалені відповідно до місцевих протоколів (в тому числі якщо в медичного персоналу відсутній відповідний досвід), проведіть реанімаційні заходи, як у фазі ДНПЗ.
		2. Якщо в пацієнта шок, є в наявності продукти крові, медичний працівник має відповідний досвід, а також якщо це схвалено медичним протоколом:
11. Проведіть реанімаційні заходи за допомогою 10–15 куб.см/кг плазми (СЗП) і 10–15 куб.см/кг еритроцитарної маси (PRBC — packed red blood cells) у співвідношенні 1:1.
12. Якщо терапія компонентами крові недоступна, але в персоналу є відповідна підготовка, розроблені відповідні аналізи і протоколи, розгляньте варіант переливання свіжовзятої донорської крові.
13. Продовжуйте інфузійну терапію, скільки буде потрібно для підтримки цільового показника АТ або поліпшення клінічної картини.
	* 1. Якщо в постраждалого зі зміною психічного стану через підозру на ЧМТ слабкий або відсутній периферичний пульс, проводьте реанімаційні заходи (за потреби) для підтримання середнього показника вікового діапазону систолічного артеріального тиску або до моменту появи впевненого периферичного пульсу.
		2. У разі підозри на ЧМТ, і якщо в постраждалого немає шоку, підніміть його голову на 30 градусів і підтримуйте показник середнього АТ на рівні >60 мм рт.ст. методом поповнення об’єму крові, що циркулює, або застосування судинозвужувальних факторів, якщо є відповідні показання, в персоналу є відповідний досвід, і це схвалено відповідно до місцевих протоколів.
14. Попередження переохолодження:
	1. Після того, як будуть вжиті заходи для порятунку життя, продовжуйте докладати максимум зусиль для запобігання втраті тепла щойно це стане тактично можливо.
	2. Мінімізуйте вплив чинників навколишнього середовища на постраждалого. За можливості перемістіть пацієнта в медичну установу, утеплений транспортний засіб або утеплену споруду. Переконайтеся, що система клімат-контролю транспортного засобу не посилює переохолодження.
	3. Якщо можливо, замініть мокрий одяг на сухий. Якнайшвидше покладіть постраждалого на ізольовану поверхню.
	4. Накрийте постраждалого професійними зігрівальними пристроями, сухими ковдрами, підкладками для пончо, спальними мішками або будь-чим, що втримає тепло і збереже постраждалого сухим.
	5. У разі необхідності проведення в/в вливання краще вводити теплі розчини.
15. Моніторинг
	1. За можливості забезпечте електронний моніторинг, в тому числі пульсоксиметрію, кардіомоніторне спостереження, спостереження за концентрацією CO2 в кінці спокійного видиху (в разі під’єднання до апарату штучного дихання або зміни психічного стану) та артеріального тиску.
	2. Виміряйте і зафіксуйте основні показники стану організму.
16. Повторно огляньте постраждалого:
	1. Проведіть повторне обстеження з перевіркою на предмет додаткових травм. Огляньте і перев’яжіть виявлені рани, на які пов’язка ще не накладалась.
	2. Визначте спосіб і пункт призначення евакуації для надання остаточної медичної допомоги.
	3. Прошинуйте підтверджені /потенційні переломи і повторно перевірте пульс.
	4. У разі підозри на переломи кісток тазу необхідно накласти тазовий бандаж.
	5. Розгляньте механізм травми і необхідність іммобілізації хребта. Іммобілізація хребта не потрібна постраждалим з проникаючою травмою, якщо пацієнт не має неврологічних ушкоджень. Пацієнти можуть мати клінічні протипоказання для іммобілізації хребта відповідно до схваленого на місцевому рівні протоколу, якщо в них відсутні:
		1. хвороблива чутливість середньої частини шийного відділу хребта;
		2. неврологічні порушення;
		3. зміна психічного стану;
		4. травма з ефектом відволікання уваги;
17. За потреби забезпечте знеболювання.
	1. У разі болю легкого ступеню:
		1. Розгляньте варіант застосування ненаркотичних лікарських засобів для прийому всередину.
		2. У постраждалих із травмами уникайте використання нестероїдних протизапальних препаратів (наприклад, аспірину, ібупрофену, напроксену, кеторолаку тощо), оскільки ці препарати порушують функціонування тромбоцитів і можуть посилювати кровотечу
	2. У разі болю від помірного до важкого ступеню:
		1. Наркотичні знеболювальні лікарські засоби слід застосовувати згідно з протоколом. Розгляньте варіант застосування аерозольних інгаляторів для слизової оболонки (MAD — mucosal atomizer devices). Для усунення помірного або сильного болю в педіатричних пацієнтів слід обережно застосовувати наркотичних лікарські засоби (наприклад, цитрат фентанілу) та (або) кетамін через їх вищі обсяги розподілу.
18. Опіки:
19. Організуйте за пацієнтом відповідний нагляд
20. Розгляньте варіант одночасного прийому протиблювотних препаратів
21. У разі введення опіатів майте напоготові налоксон
22. Спостерігайте за побічними ефектами, такими як пригнічення дихання або гіпотензія.
23. Допомога з приводу опіків відповідають принципам, описаним у фазі ДНПЗ.
24. Вдихання диму, особливо в замкнутому просторі, може призводити до сильного отруєння монооксидом вуглецю і ціанідом. Пацієнти з ознаками вдихання значної кількості диму:
	1. Сильні симптоми отруєння монооксидом вуглецю слід лікувати методом високопотокової оксигенації, якщо є така можливість
	2. У разі сильних симптомів отруєння ціанідом може знадобитися ввести антидот ціаніду
25. Будьте обережні з виділенням газів від пацієнта в автомобілі медичної евакуації, якщо є підозра на хімічний вплив (наприклад, ціаніду) в результаті пожежі.
26. Розгляньте варіант завчасного забезпечення прохідності дихальних шляхів, якщо передбачається тривалий період евакуації, і в пацієнта присутні ознаки значного термічного пошкодження дихальних шляхів (наприклад, обпалене волосся на обличчі, набряк порожнини рота, вуглецевий матеріал на задній стінці глотки й утруднене дихання).
27. Підготуйте постраждалого до транспортування: визначте, чи сприяють фактори зовнішнього середовища безпечній і швидкій евакуації. Зафіксуйте постраждалого на транспортувальному пристрої (за наявності). Якщо витягання відбуватиметься вертикально, переконайтеся, що постраждалий закріплений за допомогою ременів безпеки, обладнання в зборі і визначених точок кріплення.
28. Спілкуйтеся з постраждалим, підтримуйте зв’язок із командою транспортного засобу і з приймальною установою. Заспокойте пацієнта, повторно запевніть його, що все добре, поясніть йому і його батькам усі маніпуляції, що з ним виконуються.
29. Серцево-легенева реанімація (СЛР) може мати визначальну роль протягом евакуації для постраждалих з електротравмою, гіпотермією, зупинкою серця нетравматичного ґенезу, утопленням.
	1. Розгляньте варіант штучної вентиляції легенів у маленьких дітей з погіршенням серцево-легеневої діяльності.
	2. У пацієнтів з травмою тулуба або політравмою, в яких відсутнє дихання або пульс, розгляньте варіант проведення двосторонньої голкової декомпресії, щоб переконатися, що напружений пневмоторакс не призведе до зупинки серця до припинення надання медичної допомоги.
30. Документування заходів з надання допомоги: продовжуйте або почніть фіксувати в документації клінічні обстеження, проведене лікування та зміни стану постраждалого відповідно до місцевого протоколу. Ця документація має супроводжувати постраждалого під час переведення на наступний рівень медичної допомоги.