

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

щодо конверсії турнікета у травмованих в зонах тактичної екстреної медичної допомоги

Зупинка кровотечі за допомогою турнікета є ефективним методом та умовно відноситься до рятуючих життя. Відомо, такі маніпуляції мають переваги над діагностичними діями у зоні «Активного вогню противника» в стандартах ТССС (tactical combat casualty care) та зоні «Прямої загрози» в стандартах ТЕСС (tactical emergency casualty care). У вищевказаних зонах на першому місці стоїть зупинка масивної зовнішньої кровотечі з ран кінцівок. Це здійснюється за рахунок агресивного, частого використання турнікету. Слід розглядати концепцію *«як тільки дозволяє ситуація, повинна бути зроблена повторна оцінка необхідності використання турнікету та прийнято рішення щодо його конверсії, якщо час перебування в зоні «Непрямої загрози» або на етапі евакуації триває понад 2 год від моменту накладання турнікету»*.

Конверсія турнікета – підхід при якому приймається рішення, щодо його подальшого використання з метою зупинки кровотечі з кінцівок. Така оцінка повинна бути зроблена якомога скоріше, однак не пізніше ніж через 2 години після його первинного накладання.

Ці методичні рекомендації описують послідовність безпечної конверсії турнікету у поранених та травмованих (далі – поранені) в зоні «Непрямої загрози» та евакуації постраждалих.

Основні принципи конверсії

1. Конверсію турнікету виконують виключно медичні працівники або фахівці, які пройшли відповідну підготовку.

2. Конверсію турнікету виконують в зоні «Непрямої загрози», зоні «Евакуації» та в лікувальних закладах.

3. Часові межі:

1) проведення конверсії вважається безпечним (при показах), коли від моменту накладання турнікету пройшло менше 2 годин;

2) слід розглядати спробу конверсії (при показах) коли від моменту накладання турнікету пройшло від 2 до 6 годин, оскільки у такому випадку її проведення швидше за все є безпечним;

3) якщо від моменту накладання турнікету пройшло більш ніж 6 годин, тоді проведення конверсії на догоспітальному етапі є небезпечним та не рекомендовано.

4. Протипокази до проведення конверсії турнікету:

1) травматична ампутація кінцівки, окрім ампутацій кисті та стопи;

2) умови при яких неможливо забезпечити спостереження за постраждалим – немає змоги безпосередньо спостерігати за раною на кінцівці;

3) у пораненого є ознаки шоку.

5. Категорично заборонено тимчасово послаблювати турнікет з метою оксигенації тканин – існує ризик смерті внаслідок втрати крові малими об'ємами.

6. Послідовність дій при конверсії турнікету:

- 1) розріжте одяг та ретельно огляньте рану;
- 2) затампонуйте рану доступним засобом (краще гемостатичний засіб);
- 3) накладіть компресійні (тиснучу) пов'язку;
- 4) повільно (протягом хвилини) послабляйте турнікет і слідкуйте за станом рани:

- якщо кровотеча з рани відновилася – затисніть турнікет повторно і не робіть більше спроб;

- якщо активна кровотеча з рани відсутня – не знімайте турнікет з кінцівки на випадок відновлення кровотечі під час переміщення (евакуації) постраждалого;

7. Слідкуйте за станом рани в динаміці.

Рекомендації для конверсії інших видів джгутів (в тому числі імпровізованих)

8. Конверсія джгутів іншого виду (еластичні, імпровізовані) виконується за допомогою концепції «плюс 1 турнікет»:

1) розріжте одяг та ретельно огляньте рану;

2) накладіть турнікет на кінцівку:

- якщо перший (еластичний чи імпровізований) накладено на відстані 5-7 см від рани, додатковий турнікет накладіть вище та максимально близько до першого;

- якщо перший кровоспинний джгут розміщений максимально високо, розмістіть турнікет на відстані 5-7 см вище рани;

- затягніть турнікет так, щоб він надійно знаходився на кінцівці та не зміщувався, однак без надмірного додаткового тиску на м'які тканини кінцівки;

3) виконайте тампонування рани та накладіть тиснучу пов'язку;

4) обережно ослабте тиск першого джгута та спостерігайте за раною:

- якщо кровотечі з рани немає – зніміть еластичний/ імпровізований джгут, залишаючи на кінцівці лише турнікет;

- якщо кровотеча з рани відновилась – зупиніть її за допомогою турнікета, затиснувши його до зникнення пульсу дистальніше;

- після зупинки кровотечі зніміть еластичний/імпровізований джгут.

9. Подальші спроби конверсії турнікету до моменту кінцевого хірургічного лікування не рекомендовано.

10. Перед проведенням конверсії турнікету необхідно за змоги знеболити пораненого.