

Редакція:

03.09.2024

МІНІСТЕРСТВО ОБОРОНИ УКРАЇНИ

НАКАЗ

03.09.2024

м. Київ

N 598

Зареєстровано в Міністерстві юстиції України
10 вересня 2024 р. за N 1359/42704

Про затвердження Обсягів надання медичної допомоги на догоспітальному етапі, які надаються під час ведення бойових дій та підготовки сил безпеки і сил оборони за призначенням у тактичних умовах

Відповідно до абзацу двадцять першого частини другої статті 10 Закону України "Про оборону України" та з метою врегулювання обсягів надання медичної допомоги на догоспітальному етапі у силах оборони і силах безпеки

НАКАЗУЮ:

- Затвердити Обсяги надання медичної допомоги на догоспітальному етапі, які надаються під час ведення бойових дій та підготовки сил безпеки і сил оборони за призначенням у тактичних умовах, що додаються.
- Установити, що змінювати медичні послуги, що надаються медичними підрозділами на ролях медичної підтримки, наведені у додатку 1 до Обсягів надання медичної допомоги на догоспітальному етапі, які надаються під час ведення бойових дій та підготовки сил безпеки і сил оборони за призначенням у тактичних умовах, затверджених цим наказом, дозволяється в межах пілотних проєктів, запроваджених Міністерством оборони України.
- Департаменту охорони здоров'я Міністерства оборони України забезпечити подання цього наказу на державну реєстрацію до Міністерства юстиції України в установленому порядку.
- Цей наказ набирає чинності з дня його офіційного опублікування.

Тимчасово виконуючий обов'язки
Міністра оборони України
генерал-лейтенант

Іван ГАВРИЛЮК

ПОГОДЖЕНО:

Голова Державної служби спеціального
зв'язку та захисту інформації України

Юрій МИРОНЕНКО

майор

Начальник Управління
державної охорони України
полковник

Олексій МОРОЗОВ

Міністр внутрішніх
справ України

Ігор КЛИМЕНКО

Заступник Міністра охорони здоров'я
України з питань цифрового розвитку,
цифрових трансформацій і цифровізації

Марія КАРЧЕВИЧ

Заступник Голови
Служби безпеки України

Сергій НАУМЮК

Голова Служби
зовнішньої розвідки України

Олег ІВАЩЕНКО

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства оборони України
03 вересня 2024 року N 598

Обсяги

надання медичної допомоги на догоспітальному етапі, які надаються під час ведення бойових дій та підготовки сил безпеки і сил оборони за призначенням у тактичних умовах

1. Ці Обсяги встановлюють перелік (сукупність) заходів, що здійснюються медичними працівниками (медичними підрозділами), які спрямовані на профілактику, діагностику та лікування, а також визначають ролі медичної підтримки та умови їх організації для поранених, травмованих, уражених та хворих (далі - пацієнти) військовослужбовців, поліцейських, осіб рядового і начальницького складу служби цивільного захисту сил безпеки і сил оборони під час ведення бойових дій, виконання бойових (спеціальних) завдань, здійснення інших заходів з національної безпеки і оборони, підготовки складових сил безпеки і сил оборони до застосування за призначенням у тактичних умовах (далі - тактичні умови) на догоспітальному етапі (далі - обсяг медичної допомоги).

2. В цих Обсягах терміни вживаються у таких значеннях:

акронім "MARC²H³-PAWS-L" - англomовна аббревіатура алгоритму огляду та надання допомоги пацієнту з травмою з таким перекладом: масивна кровотеча (Massive bleeding) та масовий випадок (MASCAL - Mass casualty), дихальні шляхи (Airway), дихання (Respiration), кровообіг (Circulation), комунікації (Communications), гіпотермія (Hypothermia), гіпертермія (Hyperthermia), травми голови (Head injuries), знеболення (Pain control), антибіотики (Antibiotics), рани (Wounds), шинкування (Splinting), логістика (Logistics);

акроніми "ABCDE/ABCDE" - англomовна аббревіатура алгоритмів огляду та надання допомоги травмованому/нетравмованому пацієнту з таким перекладом: критична кровотеча (Critical bleeding), дихальні шляхи (Airway), дихання (Breathing), кровообіг (Circulation), порушення дієздатності (Disability), вплив середовища (Exposure);

евакуація постраждалого (casualty evacuation - CASEVAC) - неконтрольований медичним персоналом процес переміщення пораненого, травмованого, ураженого або хворого до медичного підрозділу;

медична підтримка - діяльність, що охоплює весь спектр медичного планування та надання медичних послуг, направлених на підтримку боєздатності сил безпеки та сил оборони за допомогою заходів із профілактики хвороб, проведення медичної евакуації, надання медичної допомоги пацієнтам, їх реабілітації та повернення до виконання службових обов'язків;

медичний підрозділ - заклад охорони здоров'я, його відокремлені підрозділи та підрозділи формувань сил безпеки та сил оборони, або їх частини, у тому числі медичні роти, медичні пункти тощо, в яких надається медична допомога;

медичне планування - процес визначення концепції медичної підтримки (профілактики, лікування та евакуації), організації, структури та необхідних заходів для її забезпечення, встановлення загроз для здоров'я особового складу, вимог та можливостей цивільно-військового співробітництва;

медична спроможність (далі - спроможність) - наявність навченого персоналу (відповідного освітнього та кваліфікаційного рівня), матеріально-технічної бази, що доступні для надання медичної допомоги та здійснення медичної евакуації відповідної кількості пацієнтів;

медична евакуація (medical evacuation - MEDEVAC) - спланований та контрольований медичним персоналом процес переміщення пацієнта спеціалізованим санітарним транспортним засобом до або між медичними підрозділами як невід'ємна частина безперервного лікування;

мультимодальна евакуація (multimodal patient movement - MPPM) - контрольований медичним персоналом спланований або неспланований процес переміщення пацієнта з використанням неспеціалізованого санітарного транспортного засобу для забезпечення лікування до або між медичними підрозділами;

команди медичної підтримки - формування, які можуть створюватись з особового складу медичних підрозділів, а також персоналу залучених цивільних закладів охорони здоров'я з метою здійснення заходів, що включають, але не обмежуються наданням первинної, екстреної та спеціалізованої медичної допомоги, мультимодальної та медичної евакуації на різних ролях медичної підтримки, що мають або забезпечуються необхідним матеріально-технічним оснащенням для виконання відповідних завдань в інтересах медичних підрозділів або поза ролями, як окремі формування;

обсяг надання медичної допомоги - сукупність завдань та медичних послуг, які надаються відповідно до ролей для забезпечення медичної допомоги та евакуації;

ресусцитаційні заходи з контролем пошкоджень (Damage control resuscitation) (далі - DCR) - системний підхід до підтримки життєдіяльності травмованих або поранених шляхом мінімізації крововтрати, підтримки кровообігу, забезпечення прохідності дихальних шляхів, достатньої оксигенації та вентиляції, забезпечення ефективного лікування болю, запобігання контамінації ран та гіпотермії;

ресусцитаційні заходи з відтермінованим контролем пошкоджень (Remote damage control resuscitation) (далі - RDCR) - принципи DCR, які застосовуються до проведення хірургічного лікування з контролю пошкоджень на догоспітальному етапі;

роль медичної підтримки (далі - Роль) - категорія, яка визначає обсяг допомоги та спроможність медичного підрозділу; існує чотири основні послідовних категорії (від ролі з найменшим обсягом медичної допомоги до найбільшого);

хірургія контролю пошкоджень (Damage control surgery) (далі - DCS) - хірургічне втручання, яке обмежується досягненням контролю над кровотечею та контамінацією, відновленням

циркуляції та перфузії з відтермінуванням повного об'єму хірургічного відновлення з метою уникнення погіршення стану пацієнта.

Інші терміни вживаються у значеннях, наведених у Законах України "Основи законодавства України про охорону здоров'я", "Про екстрену медичну допомогу", "Про оборону України" та інших нормативно-правових актах у сфері охорони здоров'я, національної безпеки і оборони.

3. Перелік медичних послуг, що надаються медичними підрозділами на ролях медичної підтримки, наведено в додатку 1 до цих Обсягів.

4. Медична допомога за принципами DCR (RDCR) та DCS надається згідно з галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я.

5. Хірургічні втручання, що виконуються за принципами DCS, наведено в додатку 2 до цих Обсягів.

6. Обсяг надання медичної допомоги визначається спроможністю медичних підрозділів.

7. Кожна роль передбачає дотримання універсальної послідовності проведення первинного/повторного огляду та надання медичної допомоги пацієнтам за алгоритмами MARC²H³-PAWS-L, CABCDE/ABCDE та галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я.

8. На кожній ролі проводиться медичне сортування та передбачена можливість здійснення медичної евакуації.

9. Спроможність кожної наступної ролі передбачає в собі спроможність попередньої ролі.

10. На кожній ролі медична допомога може надаватись у різних локаціях на одному напрямку виконання завдань за призначенням залежно від тактичних умов та евакуаційних маршрутів, зберігаючи при цьому загальну визначену роль медичного підрозділу.

11. У випадках втрати спроможностей медичного підрозділу внаслідок масового надходження пацієнтів, логістичних труднощів (тривале очікування евакуації, суттєве обмеження медичних ресурсів, робота в умовах оточення тощо) може виникнути потреба в значному скороченні обсягу (припиненні) ресусцитаційних заходів. У такому випадку виникає необхідність надання лише симптоматичної терапії (у тому числі оцінка вітальних функцій, догляд за пацієнтом) з метою зменшення болю та страждань. Рішення про зменшення обсягів приймається за погодженням із вищим медичним начальником, а у випадку втрати зв'язку - самостійно керівником медичного підрозділу.

Керівники медичних підрозділів на всіх ролях мають володіти інформацією стосовно наявних спроможностей та раціонально їх використовувати.

12. Для посилення спроможностей надання медичної допомоги та проведення медичної або мультимодальної евакуації відповідно до ролі можливе її посилення командами медичної підтримки з числа особового складу медичних підрозділів вищої/нижчої/рівнозначної ролі.

13. Роль 1 (далі - R1) охоплює набір окремих спроможностей первинної медичної допомоги, який включає, але не обмежується: сортування пацієнтів, медичну допомогу при невідкладних станах на догоспітальному етапі та мінімально необхідну діагностику. R1 також може включати короткотривале утримання пацієнтів і можливість постачання лікарських засобів та медичних виробів.

14. Медична допомога пораненим та травмованим надається відповідно до принципів RDCR з подальшою якнайшвидшою евакуацією на вищу роль.

15. Медична допомога на R1 може надаватися лікарем загальної практики - сімейним лікарем, лікарем-терапевтом (або лікарями інших спеціальностей вищих ролей у випадку такого укомплектування підрозділу) із можливим залученням таких фахівців у сфері охорони здоров'я: парамедик або фельдшер, сестра медична / брат медичний.
16. Надлишкові/незадіяні спроможності R1 можуть бути використані для розширення або посилення спроможностей інших медичних підрозділів для забезпечення медичної підтримки на відповідній ролі.
17. Роль 2 (далі - R2) розширює ресусцитаційні можливості R1 за рахунок лікувальних та діагностичних спроможностей, необхідних для збереження життя, кінцівок, основних функцій організму зі стабілізацією стану пацієнтів з подальшою евакуацією.
18. Медична допомога на R2 надається в обсязі, що відповідає спеціалізованій медичній допомозі, але також може включати надання первинної медичної допомоги. R2 характеризується наявністю лікарів-хірургів, лікарів-анестезіологів та відповідного матеріально-технічного оснащення, що має забезпечувати можливість проведення хірургічних втручань.
19. Надлишкові/незадіяні спроможності R2 можуть бути використані для розширення або посилення спроможностей інших медичних підрозділів для забезпечення медичної підтримки на відповідній ролі.
20. Медична допомога пораненим та травмованим на R2 надається відповідно до принципів DCR та DCS.
21. R2 поділяється на передову (Role 2 forward (далі - R2F)), базову (Role 2 basic (далі - R2B)) та посилену (Role 2 enhanced (далі - R2E)).
22. Спроможності R2F мають високу мобільність, можливість розгортання у наближеному до лінії зіткнення середовищі.
- Якщо не розширити спроможності медичної підтримки для стабілізації стану пацієнтів, включаючи можливість післяопераційного догляду та короткотривалого утримання пацієнтів (спостереження / надання медичних послуг та/або очікування евакуації), R2F передбачає негайну, залежно від тактичних умов, медичну або мультимодальну евакуацію.
- Ресурси R2F обмежені та потребують швидкого постачання лікарських засобів та медичних виробів.
23. Спроможності R2B мають забезпечувати високу мобільність та включати: короткотривале утримання пацієнтів, тимчасовий післяопераційний догляд з можливістю проведення інтенсивної терапії з метою стабілізації стану, підготовку до подальшої медичної евакуації та наявність запасів лікарських засобів, медичних виробів, їх стабільне постачання, але не обмежуватися цим.
24. Спроможності R2E включають, але не обмежуються наданням спеціалізованої медичної допомоги, проведенням стаціонарного лікування, стабілізацією та підготовкою пацієнтів до медичної евакуації на ролі 3 та 4.
- R2E передбачає наявність лабораторії, лікарняного банку крові, служби медичного постачання, стерилізаційної, але не обмежується цим.
- На R2E також надається медична допомога пацієнтам з гострою хірургічною патологією.
25. На ролі 3 (далі - R3) та ролі 4 (далі - R4) забезпечується надання спеціалізованої медичної допомоги в амбулаторних або стаціонарних умовах, реабілітація у сфері охорони здоров'я, а

також може надаватись первинна медична допомога.

Медична допомога на R3 та R4 забезпечується закладами охорони здоров'я усіх форм власності.

26. Медична підтримка R3 включає, але не обмежується, розширеним переліком лікарів-спеціалістів, діагностично-інструментальними (комп'ютерна томографія тощо) та лабораторними спроможностями, генерацією медичного кисню або його стабільним постачанням, а також додатковими допоміжними функціями, покладеними на цю роль.

Спроможності R3 можуть зменшити потребу в подальшій евакуації пацієнтів, а також забезпечити комплексне лікування перед стратегічною евакуацією. Спроможності R3 включають в себе такі відділення, але не обмежуються: хірургічне, анестезіології та інтенсивної терапії, терапевтичне. R3 передбачає спроможність надавати спеціалізовану медичну допомогу з подальшим проведенням інтенсивної терапії, післяопераційним лікуванням та низкою вузькоспеціалізованих клінічних спроможностей.

27. Медична підтримка R4 містить повний обсяг медичної допомоги, передбачений чинним законодавством, включаючи вузькоспеціалізовані спроможності (такі як реконструктивна хірургія, реабілітація). Медична підтримка R4 надається на стратегічному рівні, враховуючи тривалий час надання такої допомоги.

Директор Департаменту охорони здоров'я
Міністерства оборони України

Оксана СУХОРИКОВА

Додаток 1
до Обсягів надання медичної допомоги
на догоспітальному етапі, які надаються
під час ведення бойових дій та
підготовки сил безпеки і сил оборони за
призначенням у тактичних умовах
(пункт 3)

**Медичні послуги,
що надаються медичними підрозділами на ролях медичної підтримки**

N з/ п	Перелік (сукупність) медичних послуг	Ролі медичної підтримки			
		R1	R2		
			R2F	R2B	R2E
1	2	3	4	5	6
I. Медичні послуги та медичні інтервенції					
1	Первинний огляд пацієнта, оцінка загального стану та життєво важливих функцій	+	+	+	+
2	Оцінка стану пацієнта, встановлення попереднього діагнозу та визначення потреби в госпіталізації	+	+	+	+
3	Динамічне спостереження за станом здоров'я пацієнтів, у тому числі із загостренням хронічних захворювань	+	+	+	+

4	Проведення діагностики та лікування найбільш поширених гострих інфекційних і неінфекційних хвороб, травм, отруєнь, патологічних станів	+	+	+	+
5	Проведення заходів із профілактики захворювань	+	+	+	+
6	Забезпечення заходів з проведення вакцинації	+	+	+	+
7	Забезпечення ізоляції інфекційних хворих	+	+	+	+
8	Виписування рецептів для отримання лікарських засобів відповідно до чинного законодавства	+	+	+	+
9	Направлення пацієнта для отримання медичних послуг на вищу роль	+	+	+	+
10	Надання допомоги в обсязі базових та розширених реанімаційних заходів	+	+	+	+
11	Надання медичної допомоги пацієнту в невідкладному стані	+	+	+	+
12	Організація та проведення медичного сортування	+	+	+	+
13	Забезпечення евакуації пацієнта на наступну роль та надання йому відповідної медичної допомоги під час транспортування	+	+	+	+
14	Надання медичної допомоги пацієнтам внаслідок застосування хімічного, біологічного, радіологічного та ядерного виду озброєння	+	+	+	+
15	Проведення заходів з дезактивації та деконтамінації пацієнтів	+	+	+	+
16	Надання медичної допомоги із застосуванням методів та засобів телемедицини відповідно до клінічних ситуацій	+	+	+	+
17	Проведення загальнохірургічних втручань при гострих захворюваннях / станах, якщо вчасна евакуація на наступну роль неможлива			+	+
18	Проведення хірургічних операцій в амбулаторних умовах	+	+	+	+
19	Надання медичної допомоги в обсязі хірургії контролю пошкоджень		+	+	+
20	Надання медичної допомоги в обсязі ресусцитаційних заходів з відтермінованим контролем пошкоджень	+			
21	Надання медичної допомоги в обсязі		+	+	+

	ресусцитаційних заходів із контролем пошкоджень				
22	Переливання крові та її компонентів	+	+	+	+
23	Своєчасне проведення седації та/або знеболення	+	+	+	+
24	Забезпечення анестезії та анестезіологічного моніторингу під час проведення хірургічних операцій та обстежень		+	+	+
25	Проведення інтенсивної терапії пацієнту у післяопераційний період або при виникненні у нього загрозливих для життя станів		+	+	+
26	Проведення первинного огляду пацієнта з оцінкою стану стоматологічного здоров'я	+	+	+	+
27	Надання стоматологічної допомоги	+	+	+	+
28	Направлення пацієнта при наявності показань в інші ЗОЗ/підрозділи для надання йому спеціалізованої медичної допомоги	+	+	+	+
29	Оцінка стану психічного здоров'я	+	+	+	+
30	Забезпечення цілодобового лікарського спостереження та медсестринського догляду за пацієнтом та надання медичної допомоги в умовах:				
31	Палати	+	+	+	+
32	Палати інтенсивної терапії			+	+
33	Відділення інтенсивної терапії				+
II. Проведення лабораторних досліджень					
1. Гематологічні дослідження					
34	Гемоглобін	+	+	+	+
35	Гематокрит	+	+	+	+
36	Загальний аналіз крові з лейкоцитарною формулою				+
2. Біохімічні дослідження					
37	Іонний склад: натрій, калій, хлор, іонізований кальцій	+	+	+	+
38	Ниркова функція: креатинін, азот сечовини		+	+	+
39	Газометрія артеріальної або венозної крові: рН, PCO ₂ , PO ₂ , HCO ₃ , надлишок основ, SaO ₂	+	+	+	+
40	Лактатдегідрогеназа	+	+	+	+

41	Глюкоза крові	+	+	+	+
42	Визначення групи крові і резус-фактора	+	+	+	+
43	Визначення сумісності крові для проведення гемотрансфузії	+	+	+	+
44	Якісне та/або кількісне визначення маркерів ушкодження міокарда та/або м'язової тканини: тропоніни I та/або T, креатинкіназа ізоферменти (MB) (швидкий тест)	+	+	+	+
45	ВІЛ-інфекція, вірусні гепатити В і С, сифіліс (швидкий тест)	+	+	+	+
46	SARS-CoV-2, грип А та В (швидкий тест)	+	+	+	+
47	Загальний аналіз сечі: глюкоза, білірубін, кетони, питома вага, кров, рН, білок, уробіліноген, нітрити, лейкоцити	+	+	+	+
48	Швидкий тест на вагітність	+	+	+	+
III. Проведення інструментальних обстежень					
49	Електрокардіографія	+	+	+	+
50	Отоскопія	+	+	+	+
51	Офтальмоскопія	+	+	+	+
52	Вимірювання гостроти зору	+	+	+	+
53	Рентгендослідження	+	+	+	+
54	Ультразвукове дослідження	+	+	+	+

Примітки:

1. Медичні послуги з позначкою "+" є обов'язковими на відповідній ролі.
2. Медичні послуги з позначками "+*" є рекомендованими або допустимим на відповідній ролі.
3. Залежно від особливостей виконуваного завдання, рівня підготовки персоналу та наявності відповідної матеріально-технічної бази перелік медичних послуг на кожній ролі може бути збільшений за погодженням із вищим медичним начальником.

Додаток 2

до Обсягів надання медичної допомоги на догоспітальному етапі, які надаються під час ведення бойових дій та підготовки сил безпеки і сил оборони за призначенням у тактичних умовах (пункт 5)

1. DCS відноситься до швидко реалізованих хірургічних втручань.

Пацієнти можуть потребувати проведення DCR та DCS на ролях R2F, R2B, R2E догоспітального етапу надання медичної допомоги. Заходи DCS мають зосередитись на зупинці кровотечі та запобіганню контамінації, з відновленням циркуляції та перфузії з мінімальною затримкою на даних ролях (стосовно їх спроможностей та тактичних умов).

Переважно невідкладне хірургічне втручання з приводу гострих хірургічних захворювань (наприклад, гострого холециститу, гострого апендициту тощо), які не вимагають застосування стратегії DCS, має бути тимчасово відкладено за допомогою призначення антибактеріальних препаратів, а таких пацієнтів слід швидко транспортувати на наступну роль.

Якщо тактичні міркування вимагають утримання пацієнтів більше 24 годин або якщо у пацієнта є ризик розвитку сепсису чи гемодинамічної нестабільності з причиною в черевній порожнині - у таких випадках може бути показане хірургічне втручання.

2. Травма голови: рішення про проведення нейрохірургічного втручання в непристосованих умовах найкраще приймати за підтримки нейрохірурга (під час телемедичної консультації) та неможливості надання нейрохірургічної допомоги в найближчі 4 години за наявності відповідно навченого персоналу. За наявності ознак прогресуючого підвищення внутрішньочерепного тиску, що загрожує життю, та відсутності ефекту від фармакологічного лікування необхідно розглянути можливість проведення краніектомії.

3. Травми ока: латеральна кантотомія та кантоліз виконуються відповідно навченим медичним персоналом за ознак ретробульбарної гематоми або підвищення внутрішньоочного тиску, за можливості після відповідної телемедичної консультації офтальмолога з R3 або R4.

4. Травми ший: ревізія шийної ділянки показана за наявності достовірних ознак пошкодження судин (за наявності щонайменше однієї з ознак): активна кровотеча, наростаюча/пульсуюча гематома.

5. Травми грудної клітки: абсолютні показання до екстреної реанімаційної торакотомії (далі - ЕРТ) включають:

проникаючу травму тулуба/кінцівки з нещодавною втратою вітальних функцій організму (менше 15 хвилин) або прямою загрозою зупинки серця;

тупу травму тулуба/кінцівки з втратою вітальних функцій організму одразу після надходження у медичний підрозділ або рефрактерним шоком із загрозою зупинки серця.

Відносним показанням до виконання ЕРТ у бойових умовах є проникаюча або тупа травма тулуба/кінцівки із зупинкою серця на догоспітальному етапі, але з ознаками життя на момент надходження у медичний підрозділ (вузькі комплекси на ЕКГ або організована серцева скоротлива діяльність на УЗД).

При потенційно несмертельній тупій або проникаючій травмі черепа з наявністю вітальних показників та наступною раптовою зупинкою серця після прибуття до медичного підрозділу варто розглянути реанімаційну ендovasкулярну балонну оклюзію аорти (далі - REBOA) на рівні діафрагми замість ЕРТ.

Не слід проводити ЕРТ при тупій травмі тулуба із зупинкою серця до надходження у медичний підрозділ та без ознак життя.

Також ЕРТ не слід проводити під час масових надходжень або коли її виконання потребує дефіцитних ресурсів (таких, як кров та її компоненти, хірургічні бригади, операційне обладнання), яких критично потребують пацієнти, що мають більше шансів на виживання після поранення.

ЕРТ використовується для:

контролю внутрішньогрудної кровотечі;

лікування тампонади серця;

проведення прямого масажу серця;

виконання оклюзії аорти для контролю піддіафрагмальної кровотечі та покращення церебральної та коронарної перфузії.

6. Травма серця: якщо клінічна картина викликає підозру щодо ураження середостіння або серця, проводиться перикардіотомія.

7. Травми живота: лапаротомія проводиться при підозрі на внутрішню кровотечу в черевній порожнині у гемодинамічно нестабільних пацієнтів або клінічних ознаках перитоніту, що може свідчити про травму порожнистих органів черевної порожнини.

За підозри на внутрішню кровотечу або при наявності нестабільної гемодинаміки розгляньте доцільність проведення REBOA, як допоміжного тимчасового засобу для контролю кровотечі (за наявності навченого персоналу, починаючи з R1). Перед встановленням REBOA слід виключити критичну кровотечу в грудній порожнині за допомогою встановлення дренажу плевральної порожнини, торакастомії, рентгенівського або ультразвукового обстеження. У випадках масивної кровотечі в грудній клітині оклюзія аорти може її посилити, тому в такій ситуації найкраще зробити торакотомію або стернотомію.

8. Травми судин: відновлення кровотоку до ішемізованої кінцівки за допомогою судинних шунтів та проведення фасціотомії для лікування або запобігання компартмент-синдрому.

9. Переломи кісток: зовнішня фіксація при переломах кісток проводиться за наявності комбінованих ортопедичних ушкоджень. Проведення стабілізації кісток тазу (тазова шина або зовнішня фіксація) є ефективним заходом для тимчасового контролю кровотечі з кісток тазу.

Після проведення шунтування судин при переломах довгих кісток верхніх кінцівок достатньо накладання шин і транспортування пацієнта до ролі 3. У випадках переломів довгих кісток нижніх кінцівок зовнішня фіксація кісток повинна виконуватись на ролі 2.
