

У Командуванні Медичних сил ЗСУ опрацювали зміни до методичних настанов щодо конверсії турнікетів

Досвід російсько-української війни, що триває з 2014 року й дотепер, показує, що в реальних бойових умовах евакуація військовослужбовця з накладеним на кінцівку турнікетом до передових хірургічних підрозділів, де можна виконати оперативне втручання з відновлення кровообігу в кінцівках, може займати понад 2 години, а іноді перевищує 6. За такого тривалого використання турнікета зазвичай розвивається гостра незворотна ішемія кінцівки, що надалі призводить до її ампутації. А невчасна конверсія турнікета призводить до гострого пошкодження нирок, поліорганної недостатності та загибелі пацієнта, навіть у тих поранених, які не мали травматичної ампутації кінцівки, — пошкодження магістральних судин, великих дефектів кінцівки та критичної кровотечі. У зв'язку з цим було ухвалено зміни до принципів конверсії турнікета.

Концепція у разі поранення кінцівок і накладання турнікета

Отже, нині у разі поранення кінцівок і накладання турнікета слід розглядати таку концепцію:

«Щойно дозволяє ситуація, повинно бути зроблене повторне оцінювання необхідності використання турнікета та ухвалене рішення щодо його конверсії.

Довідково. Конверсія турнікета — підхід, за якого ухвалюється рішення щодо заміни турнікета на інший метод зупинення кровотечі. Таке оцінювання повинно бути зроблене якомога скоріше, однак не пізніше ніж за 2 години після його первинного накладання.

Конверсію турнікета виконують медичні працівники або військовослужбовці з відповідною підготовкою (старші бойові медики, бойові медики та інші військовослужбовці, які пройшли підготовку з тактичної медицини або виконують інструкції медичного працівника з конверсії турнікета, що надають засоби зв'язку). Конверсію турнікета виконують у зоні „Непрямої загрози“ під час та на етапах медичної евакуації».



1) проведення конверсії вважається безпечним (за показаннями), коли від моменту накладання турнікета минуло менше ніж 2 години;

2) слід розглядати спробу конверсії (за показаннями), коли від моменту накладання турнікета минуло від 2 до 6 годин. У цьому діапазоні конверсію проводить медичний працівник, у якого є можливість попередньо забезпечити венозний чи кістковий доступ, оцінити життєздатність кінцівки, провести необхідний обсяг інфузійної терапії й у разі потреби — ресусцитацію;

3) якщо від моменту накладання турнікета минуло понад 6 годин, тоді проведення конверсії на догоспітальному етапі є небезпечним та забороненим.

Якщо від моменту накладання турнікета минуло понад 6 годин, тоді проведення конверсії на догоспітальному етапі є небезпечним та забороненим

Протипоказання:

- 1) травматична ампутація кінцівки, окрім ампутацій кисті та стопи;
- 2) умови, за яких неможливо забезпечити спостереження за постраждалим, — немає змоги безпосередньо спостерігати за раною на кінцівці;
- 3) у пораненого є ознаки шоку;
- 4) від моменту накладання турнікета минуло більше як 6 годин;
- 5) якщо з тактичних або медичних міркувань перехід до інших методів зупинення кровотечі є недоцільним.

УВАГА! Категорично заборонено тимчасово послаблювати турнікет з метою оксигенації тканин, адже існує ризик смерті внаслідок втрати крові малими об'ємами.

Послідовність дій під час конверсії турнікета:



1. Розріжте одяг та проведіть ретельний огляд ран/рани.

2. Затампонуйте рану (якщо розмір ранового каналу дозволяє виконати таку маніпуляцію) доступним засобом (краще бинтом кровоспинним тампонувальним) і щільно притиснувши потримайте 3-5 хв.

3. Послабте турнікет на пів оберта воротка і стежте за станом рани. Якщо не відновилась кровотеча – накладіть тиснучу пов'язку на рану, турнікет послабте повністю, але не знімайте з кінцівки. Якщо відновилась кровотеча – закрутіть турнікет і стежте за станом рани.

4. Накладіть компресійну (тиснучу) пов'язку.

— якщо активна кровотеча з рани відсутня — не знімайте послаблений турнікет з кінцівки на випадок відновлення кровотечі під час переміщення (евакуації) постраждалого, спостерігайте за станом пораненого та накладеною тиснучою пов'язкою;

— якщо кровотеча з рани відновилася — затисніть турнікет повторно і не робіть більше спроб конверсії турнікета. У такому разі виконайте кроки переміщення турнікета, якщо він накладений поверх одягу, надто високо й туго. Розмістіть додатковий прицільний турнікет на шкірі на 5–8 см вище від рани. Потім повільно послабляйте початковий турнікет протягом однієї хвилини, спостерігаючи за пораненим щодо наявності ознак повторної кровотечі або відновлення дистального пульсу. Посуньте початково накладений турнікет вниз, проте залиште його, не знімаючи, ближче (проксимальніше) біля прицільного.

У випадках повторної кровотечі або відновлення пульсу початковий турнікет можна знову затягнути, а прицільний турнікет — затягнути ще більше або скоригувати його положення та сильніше затягнути після цього. Може також знадобитися накласти другий турнікет поряд із прицільним. Іноді спроба замінити турнікет виявляється невдалою і може знадобитися повернення до початкового місця накладання.

Стежте за станом рани в динаміці:

1) у разі відновлення кровотечі зупиніть її за допомогою турнікета, наклавши його на 5–8 см вище від рани до зникнення пульсу дистальніше від нього;

2) у разі появи ознак компартмент-синдрому (шість ознак: розпираючий біль, холодна на дотик кінцівка, зменшення шкірної чутливості, погіршення або відсутність самостійних рухів пальців кінцівки, що не пов'язано безпосередньо з пораненням, відсутність дистального пульсу, блідість / ціаноз / мармуровість шкіри) медичний працівник ухвалює рішення щодо послаблення тиснучої пов'язки, а в разі відновлення кровотечі — накладання турнікета.

Рекомендації для конверсії інших механічних засобів для зупинення кровотечі (зокрема імпровізованих)

Конверсія механічних засобів для зупинення кровотечі іншого виду (еластичні чи/та 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 5–8 см від рани, додатковий турнікет накладіть вище та максимально близько до першого;

— якщо перший кровоспинний джгут розміщений максимально високо, розмістіть турнікет на відстані 5–8 см вище від рани;

— не накладати турнікет на ділянки суглобів;

— затягніть турнікет так, щоб він надійно був 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 послабте 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 зупинення кровотечі зніміть еластичний/імпровізований джгут.

Подальші спроби конверсії турнікета до моменту кінцевого хірургічного лікування не рекомендовані.

Перед проведенням конверсії турнікета необхідно за можливості знеболити пораненого.