

Дмитро Ступак

Житомирський військовий інститут

імені С. П. Корольова

ORCID ID 0000-0001-7638-3982

DOI 10.24139/2312-5993/2018.06/273-284

МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ ПІДГОТОВКИ КУРСАНТІВ ПО НАДАННЮ САМОДОПОМОГИ У СТРУКТУРІ ДИСЦИПЛІНИ «БЕЗПЕКА ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ»

У статті розглянуті основні елементи впровадження в систему військової освіти елементів тактичної медицини в дисципліні «Безпека життєдіяльності» як інновації в підготовці військовослужбовців до надання медичної самодопомоги в умовах ведення бойових дій. Визначено, що під час викладання дисципліни «Безпека життєдіяльності» потрібно застосовувати теоретичну підготовку та обов'язково підкріплювати практичним навчанням із надання домедичної допомоги. Своєчасно надана домедична допомога знижує ризик виникнення важких ускладнень під час поранення, скорочує термін повернення у стрій військовослужбовців, а в більшості випадків дозволяє врятувати життя пораненому.

Ключові слова: безпека життєдіяльності, тактична медицина, військовослужбовець, домедична допомога, самодопомога, поранення.

Постановка проблеми. В умовах сьогодення викладання дисципліни «Безпека життєдіяльності» вимагає нових підходів до організації підготовки курсантів до здійснення самодопомоги під час ведення бойових дій. Протистояння в ході антитерористичної операції (АТО) показало незадовільну підготовку особового складу щодо медичної самодопомоги та надання першої допомоги пораненим та постраждалим серед мирного населення на сході України.

На початку проведення АТО до 30 % поранених, яких можна було би врятувати гинуло (у на завершення дій Другій світовій війні цей показник у Червоній армії не перевищував 25 %). Найбільш частими причинами загибелі військових від поранень, смерті від яких можна було би запобігти шляхом надання долікарської допомоги є: крововтрата (60 %), пневмоторакс (30 %), обструкція дихальних шляхів (5 %), інші причини – 5 % [16].

Разом із тим, порівняльний аналіз кількості смертей військовослужбовців армій країн-членів НАТО, які беруть участь у військових конфліктах, свідчить про загибель не більше 3 % поранених [16].

У зв'язку з цим зростає роль спеціальної підготовки курсантів до надання домедичної допомоги у процесі викладання дисципліни «Безпека життєдіяльності», компетентнісного навчання ефективним діям для надання першої допомоги при пораненнях, кровотечах, травмах та самодопомоги в умовах ведення бою.

Проблема полягає в тому, що на даний час розроблена незначна кількість керівних та нормативних документів стосовно питань надання медичної самодопомоги військовослужбовцям. Вирішуючи зазначену проблему, науково-педагогічному складу вищих військових навчальних закладів необхідно проаналізувати дані з установлених нормативів різними силовими структурами, а також тих, які увійшли до медичних документів.

Аналіз актуальних досліджень. Аналіз наукових досліджень із зазначених проблем переконливо свідчить, що особлива роль належить вищій військовій освіті з метою формування професійної компетентності майбутніх фахівців.

Дослідження та аналіз проблем своєчасності надання медичної допомоги та їх впливу на кінцеві результати лікування поранених проведено на основі вивчення вітчизняних і зарубіжних публікацій з означеної теми, а також матеріалів науково-практичних конференцій, присвячених проблемним питанням медичного забезпечення АТО.

На даний час постає питання значення тактичної медицини як екстреної медичної допомоги в умовах АТО [8]. У Збройних Силах України розроблені та впроваджуються стандарти підготовки військовослужбовців з тактичної медицини [13].

Метою статті є обґрунтування необхідності та напрямів оновлення змісту дисципліни «Безпека життєдіяльності» для надання домедичної, першої медичної та здійснення самодопомоги військовослужбовцями під час ведення бойових дій.

Відповідно до мети визначено завдання:

1) обґрунтувати та визначити напрями оновлення змісту дисципліни «Безпека життєдіяльності» для надання домедичної, першої медичної та здійснення самодопомоги військовослужбовцями під час ведення бойових дій;

2) проаналізувати досвід надання ефективної першої домедичної і медичної допомоги в умовах ведення бойових дій у науково-методичних джерелах.

Методи дослідження. Для досягнення мети було застосовано методи науково-теоретичного рівня, що передбачали вивчення, аналіз і узагальнення педагогічної та спеціальної літератури.

Виклад основного матеріалу. Найшвидше надання першої медичної допомоги при пораненні в багатьох випадках попереджує тяжкі його наслідки, сприяє успішному лікуванню поранених і їх найшвидшому поверненню в стрій, що за кінцевим результатом сприяє укріпленню боєздатності Збройних Сил України.

Надання домедичної допомоги на полі бою є основною запорукою врятування життя пораненому. Аналіз причин загибелі військовослужбовців

під час ведення бойових дій указує на те, що значну їх частину можна було би врятувати при своєчасному та якісному наданні домедичної допомоги.

Так, від початку збройного конфлікту на Сході України загинули близько 2700 українських військовослужбовців та понад 9000 отримали поранення, включаючи військовослужбовців усіх силових відомств [14]. При цьому співвідношення безповоротних і санітарних втрат серед військовослужбовців становить 1:3,5, що є дуже низьким показником і свідчить про незадовільну організацію надання медичної допомоги на полі бою та самопомоги військовослужбовців.

Проте, за даними науковців (Хоменко І. П., Заруцький Я. Л.), серед такої чисельності жертв лише близько 2 % померли після моменту надходження до лікувальних закладів. Тобто більшість смертельних втрат були на полі бою під час проведення АТО, з яких 13 – 22,3 % (за науковими джерелами) становили ті, яких можливо було би врятувати [1, с. 14].

За досвідом медичного забезпечення інших збройних конфліктів зазначене співвідношення було таким: Афганістан (СРСР) – 1:32; Чечня-I – 1:9; Ірак – 1:16; Афганістан (НАТО) – 1:14 [5; 12].

Наведені статистичні показники дають підстави констатувати, що частина загиблих не отримала вчасно якісну першу медичну (домедичну) допомогу на полі бою та не була своєчасно доставлена на відповідні етапи медичної евакуації [9, с. 84].

Відомо, що основними першочерговими заходами при наданні домедичної допомоги пораненим є усунення превентивних смертей. У 1996 році Ф. Батлер провів аналіз надання допомоги пораненим на полі бою та причини смертей. Основним висновком його дослідження було те, що існує цілий ряд обмежень при наданні допомоги у випадку використання виключно положень передбачених стандартами Advanced Trauma Life Support (ATLS) – екстрена медична допомога травмованим. У результаті ним були запропоновані нові підходи, що й започаткували новий напрям – Tactical Combat Casualty Care (ТССС) (надання допомоги пораненим в умовах бойових дій) [18].

Перші рекомендації, які входили до ТССС, зосереджувалися на лікуванні трьох основних причин превентивних смертей у поранених, що виникають на полі бою: масивної кровотечі з ран кінцівок, напруженого пневмотораксу та обструкції верхніх дихальних шляхів.

У концепції ТССС допомога пораненим на полі бою включає три етапи.

1 Етап – допомога під вогнем – Care under Fire (червона зона). У цей період надзвичайно висока ймовірність одержання додаткового поранення. Можливості надання допомоги та час різко обмежені. Єдиним пріоритетом у наданні допомоги є зупинка масивної кровотечі. Основна увага звертається на надання самопомоги.

2 Етап – тактична допомога в польових умовах – Tactical field care (жовта зона). Небезпека ворожого вогню усунена, проте медичне оснащення все ще обмежене. Час надання допомоги – від декількох хвилин до декількох годин.

3 Етап – допомога під час евакуації – Tactical evacuation (зелена зона). Медична допомога на шляхах евакуації. Існують більш широкі можливості для надання допомоги, медичне оснащення та підготовлений персонал [10, с. 43–44].

Під час надання допомоги пораненому на будь-якому етапі застосовується правило «С-А-В-С». Абревіатура «С.А.В.С.» – базовий алгоритм роботи з постраждалими на полі бою. Практично – є порядком і пріоритетністю надання допомоги: С – critical bleeding (критична кровотеча, англ.); А – airways (дихальні шляхи, англ.); В – breathing (дихання, англ.); С – circulation (циркуляція, англ.).

Аналіз зарубіжної літератури свідчить про те, що кожний військовослужбовець країн Альянсу, крім майстерного володіння озброєнням, фізичною та тактичною підготовкою, досконало володіє прийомами надання домедичної допомоги в бойових умовах. Більше того, він завжди впевнений, що його товариші також будуть знати, що робити в разі його поранення й нададуть допомогу, як тільки умови бою це дозволять [6].

Українські військовослужбовці теж мають бути впевнені у кваліфікації своїх товаришів і самі повинні знати, уміти та бути готовими надати першу допомогу.

Військова медична доктрина у військах НАТО передбачає, що в умовах поля бою можливості військових лікарів та іншого професійного медичного персоналу щодо негайного надання першої допомоги є значно обмеженими. У зв'язку з цим запроваджено план для надання пораненим бійцям першої домедичної допомоги.

План передбачає надання першої допомоги: в порядку самопомоги самим пораненим, в порядку взаємодопомоги іншим бійцем, бійцем-рятувальником (санітар) та санінструктором підрозділу.

Усі військовослужбовці обов'язково проходять базовий вишкіл – тренінги із навчання прийомам самопомоги/взаємодопомоги [7, с. 138].

Протягом останнього десятиліття широке впровадження у практику принципів ТССС було одним із основних чинників зниження кількості превентивних смертей на полі бою серед поранених.

Відповідно до Стратегічного оборонного бюлетеню України [11], до 2020 р. має бути створена система медичного забезпечення, функціонально спроможна діяти у спільних із НАТО місіях, у тому числі щодо розшуку поранених, надання необхідної допомоги, їх медичної евакуації та лікування.

Згідно з керівними документами держав-членів НАТО, надання домедичної допомоги має відповідати стандартам, прийнятним для всіх країн Альянсу та країн-партнерів.

На якість домедичної допомоги суттєво впливає рівень знань та вмінь військовослужбовців і санітарних інструкторів щодо надання домедичної допомоги. У зв'язку з цим розроблено «Стандарт підготовки І-СТ-3 (видання 2): Підготовка військовослужбовця з тактичної медицини» [13], «Стандарт підготовки: Фахова підготовка санітара взводу» та «Стандарт підготовки: Фахова підготовка санітарного інструктора роти (батареї) (видання 1)» [14]. Стандарти підготовки розроблено відповідно до вимог чинного законодавства України з урахуванням досвіду та положень стандартів НАТО – ТССС. На сьогодні ТССС є золотим стандартом надання пораненим особам домедичної допомоги в умовах бойових дій у державах-членах НАТО [1, с. 19].

Для того, щоб військовослужбовець навчився правильно надавати домедичну допомогу, він повинен знати причини загибелі військовослужбовців у результаті бойових дій, а саме: 31 % – проникаюче поранення голови, 25 % – тяжке поранення чи травма тулубу, що не підлягає лікуванню за допомогою хірургічного втручання, 10 % – травма, що потенційно підлягає лікуванню за допомогою хірургічного втручання, 9 % – крововтрата із ран після відриву кінцівок, 7 % – тяжка політравма, отримана внаслідок вибуху, 5 % – напружений пневмоторакс, 1% – проблеми з прохідністю дихальних шляхів, 12 % інші ускладнення і тяжкі травми [19; 13; 14].

Фахівцями доведено, що близько 90 % потенційно можливих причин смерті можна уникнути простим застосуванням джгута при кровотечі з кінцівок, швидкого лікування напруженого пневмотораксу і створення прохідності дихальних шляхів [13, с. 38–40].

Пошкодження, які виникають у сучасних збройних протистояннях, значно обмежують час надання домедичної допомоги на полі бою.

При кровотечі з магістральних судин поранений гине до 2 хв. При виникненні непрохідності верхніх дихальних шляхів через западання язика за умов втрати свідомості (травма голови, шок) у положенні на спині поранений гине до 5 хв. При проникаючому пораненні грудної клітки смерть настає від 10–15 хв. до однієї години [4].

Під час навчання необхідно акцентувати увагу курсантів на вміння провести самостійне обстеження на предмет поранень і пошкоджень та вміння швидко надати медичну самодопомогу.

Алгоритм із надання самодопомоги в секторі обстрілу може бути такий:

1. Сповістити командира підрозділу про поранення.
2. Знаходячись при свідомості, першочерговою здійснити огляд свого тіла та виявити ушкодження, наявності кровотечі, установити вид кровотечі.

3. Якщо поранення в кінцівку і ушкоджено магістральну судину, накладити джгут.

4. Сповістити командира підрозділу про можливість пересування.

5. Отримати дозвіл та перемістись у сектор укриття, якщо можеш пересуватися.

6. Якщо не можливо пересуватися внаслідок поранення, сповістити командира і не рухатись.

7. Знаходячись у стані шоку чи втрачаючи свідомість, потрібно в укритті лягти на живіт, голову повернути на бік. Таким чином, попереджаємо перекриття дихальних шляхів унаслідок западання язика, а при блювоті блювотні маси не перекриють дихальні шляхи [13].

У процесі навчання варто звертати увагу курсантів на такий базовий принцип тактичної медицини, як проведення заходів долікарської допомоги в секторі обстрілу здійснюється тільки за наказом командира, оскільки основним у бою є виконання бойового завдання. В окремих випадках, коли дозволяє тактична ситуація, рішення бійці приймають самостійно. Медична допомога надається у вигляді самопомоги та взаємодопомоги.

За статистикою НАТО, зі 100 % загиблих на полі бою, близько 70 % втратили життя через неконтрольовану критичну кровотечу.

Отже, виявлення та ранній контроль кровотечі в постраждалих є критичним фактором при наданні домедичної допомоги.

Тактична медицина розділяє такі поняття, як «кровотеча» і «критична кровотеча». Критична кровотеча – стрімка втрата крові внаслідок пошкодження великої судини або значної кількості великих і дрібних судин, при ненаданні допомоги призводить до смерті пораненого. Наприклад, від поранення в стегнову артерію боєць може загинути від критичної кровотечі за декілька хвилин, якщо не встигне накладити собі кровоспинний турнікет (через 35–40 секунд настає втрата свідомості), тому пункт «Critical bleeding» займає перше місце в алгоритмі «С.А.В.С.». Це означає, що перше, на що ми звертаємо увагу при огляді бійця – наявність кривавих плям на одязі, пульсуючої кров'ю рани. При наявності в бійця критичної кровотечі, виходячи з тактичної ситуації, використовуємо кровоспинний турнікет/джгут/пальцеве притиснення/підручні засоби.

Головні ознаки критичної кровотечі: ампутація кінцівки, пульсуючий або фонтануючий крововилив з рани, пляма крові на тілі та під тілом пораненого динамічно розтікається [15, с. 22].

У військовому Інституті хірургічних досліджень США (Army Institute of Surgical Research – USAISR) було проведено велику серію лабораторних і польових досліджень використання джгутів з метою визначення їх ідеальних характеристик та відбору найбільш ефективних існуючих комерційних прототипів [17, 20].

У даний час, найбільшого розповсюдження в умовах бойових дій набули турнікети Combat Application Tourniquet (CAT) та Special Operations Tactical Tourniquet (SOFT-T). Вищевказані типи турнікетів можуть буди застосовані однією або двома руками та показали 100 % ефективність при усуненні кровотечі в артеріях верхньої третини стегна [17].

Варто звертати увагу курсантів на застосування сучасних медичних засобів для зупинки кровотечі з метою надання самодопомоги, а саме спеціальних джгутів для самодопомоги при зупинці артеріальної кровотечі – турнікетів С.А.Т., бажано мати два турнікети – один всередині аптечки, інший – ззовні на самій аптечці або на амуніції (в однаковому місці, визначеному для всіх бійців підрозділу).

Джгути є найбільш ефективними засобами, які дозволяють швидко це виконати в фазі прямого зіткнення. Інші засоби (такі, як гемостатичні пов'язки) потребують виконання обов'язкового прямого тиску на рану протягом 3–5 хв., і тому їх використання повинно бути відкладено до фази непрямого зіткнення.

Важливим аспектом викладання дисципліни «Безпека життєдіяльності» є підготовка курсантів до швидкого й ефективного проведення самодопомоги та першої медичної допомоги постраждалим у зоні проведення операції об'єднаних сил (ООС). Основну увагу потрібно приділити найнебезпечнішим для життя людини ураженням, які вимагають миттєвої реакції для його збереження.

Програма вивчення дисципліни «Безпека життєдіяльності» складається з двох частин – теоретичної та практичної підготовки.

Теоретична підготовка є основою для проведення практичних занять і вона підкріплена практичними заняттями з використанням засобів сучасної тактичної аптечки IFAK (Individual First Aid Kit, індивідуальна аптечка першої допомоги, англ.) з надання першої допомоги в зонах обстрілу та укріттях, способам евакуації поранених.

Головна увага на заняттях звертається на засвоєння курсантами практичних навичок. Теоретичний матеріал повинен викладатися тільки в тому обсязі, у якому він необхідний для свідомого виконання практичних прийомів.

Теоретичні положення відпрацьовуються в аудиторії, з широким використанням навчальних посібників (плакатів, схем, макетів, відеоматеріалів тощо), практичні питання – на місцевості з використанням засобів індивідуального медичного оснащення.

Під час проведення практичних занять особливу увагу звертають на виконання вправ із надання домедичної допомоги. Критичним моментом для виживання тут є фактор часу. Існує поняття «золотої години» – перша година після поранення, протягом якої пораненому почав надаватися необхідний обсяг лікарської допомоги. Тобто швидка евакуація з поля бою в

польовий чи спеціалізований госпіталь має вирішальне значення для порятунку поранених [4]. Це завдання повинне вирішуватися низкою організаційних заходів та відповідним технічним забезпеченням військових та медичних підрозділів. Але першочергове значення має вчасність, обсяг та правильність допомоги, що надається пораненому протягом цієї «золотої години».

За принципом держав-членів НАТО, у військовій медицині застосовується поняття «платинова хвилина», що передбачає надання пораненим на полі бою домедичної допомоги в необхідному об'ємі протягом перших хвилин. Реалізація правил «платинової хвилини» залежить від забезпеченості військовослужбовців сучасними індивідуальними засобами медичного захисту, навченості їх надавати домедичну допомогу в порядку само- та взаємодопомоги, своєчасного розшуку поранених, наявності військово-медичного персоналу відповідного рівня підготовки в підрозділах безпосередньо на полі бою [9, с. 84].

Відпрацьовування прийому на заняттях доцільно проводити в такій послідовності: показ прийому керівником (10 %), виконання тими, хто навчається, прийому за елементами (50 %), тренування у виконанні всього прийому до встановленого нормативом часу (40 %). Для кращого засвоєння практичних прийомів, доцільно ділити підрозділ на дві групи, у яких по черзі одні виконують роль поранених, а інші відпрацьовують прийом. Переходити до відпрацювання чергового прийому слід тільки після засвоєння попереднього.

На нашу думку, викладання навчальної дисципліни «Безпека життєдіяльності» повинні здійснювати викладачі, які мають досвід ведення бойових дій в АТО (ООС) або пройшли спеціальну підготовку за напрямом діяльності.

Висновки. Отже, основним фактором оновлення змісту дисципліни «Безпека життєдіяльності» у вищих військових навчальних закладах стала неочікувана антитерористична операція на сході країни, яка виявила неготовність збройних формувань України та суспільства до забезпечення виживання військовослужбовців і населення, уражених сучасними видами зброї під час ведення бойових дій.

Упровадження в сучасну систему військової освіти оновленого змісту дисципліни «Безпека життєдіяльності» як інновації у спеціальній підготовці військовослужбовців, має важливе значення для збереження життя при веденні бойових дій.

Забезпечення військовослужбовців ефективними сучасними індивідуальними засобами медичного захисту, освоєння ними порядку їх використання, а також набуття знань щодо надання домедичної допомоги в порядку само- та взаємодопомоги при пораненнях істотно знижує ризик виникнення важких ускладнень під час поранення, скорочує термін

повернення в стрій військовослужбовців, а в більшості випадків дозволяє врятувати життя пораненому.

Перспективами подальших досліджень може стати розробка методики застосування інноваційних технологій ситуативного моделювання навчання з дисципліни «Безпека життєдіяльності» з метою більш якісної підготовки військовослужбовців з питань надання домедичної допомоги в умовах ведення бойових дій.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бадюк, М. І., Середа, І. К., Микита, О. О., Ковида, Д. В., Жупан, Б. Б. (2016). Оптимізація медичної допомоги у військових підрозділах і частинах тактичного рівня збройних сил України в сучасних умовах. *Україна. Здоров'я нації*, 4/1 (41), 13–17 (Badiuk, M. I., Sereda, I. K., Nykyta, A. O., Kovyda, D. V., Zhupan, B. B. (2016). Optimization of medical care in military units and parts of the tactical level of the armed forces of Ukraine in modern conditions. *Ukraine. Health of the nation*, 4/1 (41), 13–17).

2. Бадюк, М. І., Рудинська, С. М., Микита, О. О., Фурдик, В. Д., Ковида, Д. В. (2016). Обґрунтування організації підготовки військовослужбовців із надання домедичної допомоги у збройних силах України. *Україна. Здоров'я нації*, 4/1 (41), 18–23 (Badiuk, M. I., Rudynska, S. M., Nykyta, A. O., Furdyk, V. D., Kovyda, D. V. (2016). Substantiation of organization of training of servicemen for providing premedical assistance in the armed forces of Ukraine. *Ukraine. Health of the nation*, 4/1 (41), 18–23).

3. *Втрати силових структур внаслідок російського вторгнення в Україну* (*Losses of power structures as a result of Russia's invasion of Ukraine*). Retrieved from: https://uk.wikipedia.org/wiki/Втрати_силових_структур_внаслідок_російського_вторгнення_в_Україну/

4. Юрченко, В. Д., Крилюк, В. О., Гудима, А. А. та ін. (2014). *Домедична допомога в умовах бойових дій*. К.: Середняк Т. К. (Yurchenko, V. D., Kryliuk, V. O., Hudyma, A. A. and others. (2014). *Premedical help in combat situations*. K.: Seredniak T. K.).

5. Чиж, І. М., Ларьков, А. А., Шелепов, А. М., Русев, І. Т. (2003). Итоги медицинского обеспечения группировки войск в контртеррористической операции на Северном Кавказе в 1999–2000 гг. *Воен.-мед. журн.*, 10, 4–12 (Chizh, I. M., Larkov, A. A., Sheleпов, A. M., Rusev, I. T. (2003). The results of the medical support of the grouping of troops in the counter-terrorist operation in the North Caucasus in 1999–2000. *Military-medical journal*, 10, 4–12).

6. *Курс бійця-рятувальника для самостійного навчання студентів. Готовність / професіоналізм / розвиток: підкурс ISO871. Військовий інститут професійної підготовки, програма заочного курсу для армії; Медичний центр Міністерства Сухопутних військ США, Школа Форт Сем Х'юстон* (*The course of the rescue worker for self-education of students. Readiness / professionalism / development: subclass ISO871. Military Institute of Vocational Training, correspondence course program for the army; US Department of State Medical Center, Fort Sam Huston School*). Retrieved from: <http://mybiblioteka.su/tom2/10-2786.html>

7. Кравчук, В. (2016). Упровадження в сучасну систему логістики «тактичної медицини» як інновації у підготовці військовослужбовців-прикордонників. *Збірник наукових праць національної академії державної прикордонної служби України. Серія: військові та технічні науки*, 1 (67) (Kravchuk, V. (2016). Implementation in the modern system of logistics of “tactical medicine” as an innovation in the training of border guards.

Collection of scientific works of the National Academy of the State Border Guard Service of Ukraine. Series: military and technical sciences, 1 (67)).

8. Мазуренко, О. В., Рошчін, Г. Г., Волошин, В. О. (2015). Тактична медицина як основна складова екстреної медичної допомоги при проведенні антитерористичних операцій. *Новини медицини і фармації, 1 (525)* (Mazurenko, O. V., Roshchin, H. H., Voloshin, V. O. (2015). Tactical medicine as the main component of emergency medical aid during antiterrorist operations. *News of Medicine and Pharmacy, 1 (525)*).

9. Цимбалюк, В. І., Сердюк, А. М. (Ред.) (2016). *Медичне забезпечення антитерористичної операції: науково-організаційні та медико-соціальні аспекти: збірник наукових праць*. К.: ДП «НВЦ «Пріоритети» (Tymbaliuk, V. I., Serdiuk, A. M. (Eds.) (2016). *Medical support of the antiterrorist operation: scientific-organizational and medical-social aspects: a collection of scientific works*. К.: DP "NEC "Priorities").

10. Гур'єв, С. О., Шкатула, Ю. В., Печиборщ, В. П. та ін. (2017). *Медичний захист військ*. Суми: Сумський державний університет (Huriev, S. O., Shkatula, Yu. V., Pechyborshch, V. P. et al. (2017). *Medical defense of troops*. Sumy: Sumy State University).

11. *Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 20 травня 2016 р. «Про Стратегічний оборонний бюлетень України» (On the decision of the National Security and Defense Council of Ukraine dated May 20, 2016 "On the Strategic Defense Bulletin of Ukraine")*. Retrieved from: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/240/2016>. – Назва з екрана.

12. Гуманенко, Е. К., Самохвалов, І. М., Трусов, А. А. и др. (2005). Принципы организации оказания хирургической помощи и особенности структуры санитарных потерь в контртеррористических операциях на Северном Кавказе (Сообщение первое). *Воен.-мед. журн., 1, 4–13* (Humanenko, E. K., Samokhvalov, I. M., Trusov, A. A. et al. (2005). Principles of organization of rendering of surgical care and features of the structure of sanitary losses in counter-terrorist operations in the North Caucasus (First message). *Military-medical journal, 1, 4–13*).

13. *Стандарт підготовки І-СТ-3 (видання 2): підготовка військовослужбовця з тактичної медицини*. (2015). К.: «МП Леся» (*Standard of preparation of I-ST-3 (edition 2): preparation of a serviceman on tactical medicine*. (2015). К.: "MP Lesia").

14. *Стандарт підготовки: Фахова підготовка санітарного інструктора роти (батареї) (видання 1)*. (2015). К.: «МП Леся» (*Standard of preparation: Professional training of the sanitary instructor of the squadron (batteries) (edition 1)*. (2015). К.: "MP Lesia").

15. *Тактична медицина для підрозділів спеціального призначення*. (2016). ПП «МВЦ «Медінформ». Київ (*Tactical medicine for special purpose units*. (2016). PE "IEC "Medinform". Kyiv).

16. *Тактична медицина. Курс ПМД онлайн (Tactical medicine. Course PMD online)*. Retrieved from: <http://1staidplast.org.ua/tccc>.

17. Abrassart, S., Stern, R., Peter, R. (2013). Unstable pelvic ring injury with hemodynamic instability: what seems the best procedure choice and sequence in the initial management. *Orthop. Traumatol. Surg. Res., 99 (2), 175–82*.

18. Butler, F. K., Hagmann, J., and Butler, G. E. (1996). Tactical Combat Casualty Care in Special Operations. *Mil. Med., 161 (Suppl 3), 1–16*.

19. *Tactical Combat Casualty Care. Observations, Insights and Lessons. Handbook*. (2013). № 13-21.

20. Walters, T. J., Wenke, J. C., Kauvar, D. S., McManus, J. G., Holcomb, J. B., Baer, D. G. (2005). Effectiveness of self-applied tourniquets in human volunteers. *Prehosp. Emerg. Care, 9 (4), 416–422*.

РЕЗЮМЕ

Ступак Дмитрій. Методологические подходы к организации подготовки курсантов по оказанию самопомощи в структуре дисциплины «Безопасность жизнедеятельности».

В статье рассмотрены основные элементы внедрения в систему военного образования элементов тактической медицины в дисциплине «Безопасность жизнедеятельности» как инновации в подготовке военнослужащих по оказанию медицинской самопомощи в условиях ведения боевых действий. Определено, что во время преподавания дисциплины «Безопасность жизнедеятельности» нужно применять теоретическую подготовку и обязательно подкреплять практическим обучением по оказанию домедицинской помощи. Своевременно оказанная домедицинская помощь снижает риск возникновения тяжелых осложнений при ранении, сокращает срок возвращения в строй военнослужащих, а в большинстве случаев позволяет спасти жизнь раненому.

Ключевые слова: безопасность жизнедеятельности, тактическая медицина, военнослужащий, домедицинская помощь, самопомощь, ранения.

SUMMARY

Stupak Dmytro. Methodological approaches to the organization of training cadets for self-help in the structure of the discipline "Life Safety".

In the article the main elements of introducing elements of tactical medicine into the system of military education in the discipline "Life safety" as an innovation in the training of servicemen in the provision of medical self-help in the conditions of military operations are considered. It is determined that during the teaching of the discipline "Life Safety" it is necessary to apply theoretical training and be supported by practical training in providing premedical aid. Timely premedical aid care reduces the risk of serious complications in the wound, shortens the return of military personnel, and in most cases allows saving the life of the wounded.

According to the Strategic Defense Bulletin of Ukraine, by 2020 a system of medical care should be created, able to function effectively in joint NATO missions, including the search for the wounded, the provision of the necessary assistance, their medical evacuation and treatment.

An important aspect of teaching the discipline "Life Safety" is training of students for the rapid and effective conduct of self-help and first aid to the victims in the zone of the operation of the Joint Force (OOS). The main attention should be paid to the most dangerous life-threatening injuries that require an immediate reaction to its preservation.

It is expedient to conduct training of the reception in the following sequence: the reception of the reception by the head (10 %), the performance of those who are studying, admission to the elements (50 %), training in the implementation of the entire admission to the established time limit (40 %). For a better mastering of practical techniques, it is advisable to divide the unit into two groups, in which some act as wounded, and others practice the reception. Only after the assimilation of the previous one a person should proceed to the finishing of the next reception.

An unexpected ATO, which revealed the complete unwillingness of armed formations of Ukraine and society to ensure the survival of soldiers and the population affected by modern weapons during combat operations, was the main factor in updating the content of the "Life Safety" discipline in higher military education institutions.

Provision of military personnel with individual means of medical protection, development of the order of their use, as well as the acquisition of knowledge on the provision of medical assistance in the order of self and mutual assistance in wounds

significantly reduces the risk of severe complications during injury, reduces the term of return to the military service, and in most cases can save lives of the wounded.

Key words: *life safety, tactical medicine, serviceman, premedical aid, self-help, injuries.*

УДК 378.147.091.33:027.22:615.825-051]:364-786-053.4/.6-056.26

Олена Суцєнко

Сумський державний педагогічний
університет імені А. С. Макаренка

ORCID ID0000-0002-2505-5196

DOI 10.24139/2312-5993/2018.06/284-294

ТЕОРЕТИЧНІ УМОВИ ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНИХ ЯКОСТЕЙ У МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ З ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ У ПРОЦЕСІ ВИРОБНИЧОЇ ПРАКТИКИ В УМОВАХ ЦЕНТРУ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ

У статті обґрунтовано актуальність і перспективи формування та розвитку професійних якостей особистості майбутніх фахівців з фізичної реабілітації; розкрито основи організації й методики формування професійних якостей у роботі та практичній підготовці майбутніх фахівців з фізичної реабілітації в умовах центру комплексної реабілітації дітей із інвалідністю. Успішне виконання професійної діяльності будь-якого працівника соціальної сфери залежить від оволодіння та вдалого використання ним низки характеристик, у тому числі професійних якостей особистості. Доведено, що професійна діяльність фахівців з фізичної реабілітації має реалізовуватися на базі системи професійних якостей. У процесі оволодіння, освоєння й виконання практичної професійної діяльності особистості психологічні якості поступово закріплюються, професіоналізуються, утворюючи самостійну систему правил поведінки, реагування, спілкування фахівця з дитиною або її представником.

Ключові слова: *професійні якості, організація, дослідження, методика, фахівець з фізичної реабілітації, професійна підготовка.*

Постановка проблеми. Наше суспільство на сьогодні потребує компетентних і висококваліфікованих професіоналів, здатних, за результатами лікування, якісно та ефективно відновлювати стан здоров'я дітей, які мають статус дитини з інвалідністю. Тому виникає необхідність формування професійно значущих якостей у майбутніх фахівців з фізичної реабілітації. Процес становлення та розвитку суспільства, соціальної політики держави вимагає переходу до повного типу гуманістично-інноваційної, фахової реабілітаційної освіти, яка здійснюється на основі впровадження нового змісту, форм, методів навчання, підвищення якості професійної підготовки, розвитку професійно значущих якостей майбутнього фахівця з фізичної реабілітації в умовах реабілітаційних центрів, що відповідають вимогам сучасної реабілітаційної роботи з дітьми, яким встановлено статус «дитина з інвалідністю» [1].