

ЗАТВЕДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
від _____ № _____

НОВИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

**ГІПОТЕРМІЯ: ПРОФІЛАКТИКА ТА ЛІКУВАННЯ
(бойова травма)**

Зміст

Передмова мультидисциплінарної робочої групи	2
Розробники:	4
РЕЗЮМЕ ЗМІН	7
ІСТОРІЯ ПИТАННЯ	9
ЛІКУВАННЯ	11
ДОГОСПІТАЛЬНИЙ ЕТАП - ТССС	11
Таблиця 1. Показання, протипоказання та інші міркування щодо активного зігрівання.⁵	13
~2-4 ГОДИНИ - ТССС, ERC, РСС	13
~>6 ГОДИН - ERC, РСС	14
ПРІОРИТЕТИ НА ЕТАПАХ 2 ТА 3	14
МОНІТОРИНГ ПОКРАЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ (далі - ПЕ)	16
ЦІЛЬОВА ПОПУЛЯЦІЯ	16
ЛІТЕРАТУРА	18
ДОДАТОК А: ПЕРЕЛІК ОБЛАДНАННЯ	19
ДОДАТОК В: ТЕЛЕМЕДИЦИНА/ТЕЛЕКОНСУЛЬТАЦІЇ	8
ДОДАТОК С: ДОДАТКОВА ІНФОРМАЦІЯ ЩОДО НЕ ПЕРЕДБАЧЕНОГО ІНСТРУКЦІЄЮ ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ У НАСТАНОВАХ З КЛІНІЧНОЇ ПРАКТИКИ	1

Передмова мультидисциплінарної робочої групи

Цей новий клінічний протокол медичної допомоги (далі – НКПМД) розроблено відповідно до Методики розробки та впровадження медичних стандартів медичної допомоги на засадах доказової медицини, затвердженої наказом МОЗ України від 28.09.2012 № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 29.11.2012 за № 2001/22313 (зі змінами).

Рекомендації з клінічної практики JOINT TRAUMA SYSTEM спрямовані на зниження захворюваності та смертності, а також на підвищення виживаності пацієнтів з гіпотермією у воєнний та мирний час. Зазначено організаційний підхід для надання медичної допомоги пацієнтам із бойовими і небойовими травмами впродовж усього періоду лікування.

НКПМД - це клінічні рекомендації, обрані Міністерством охорони здоров'я України для застосування на території України як клінічного протоколу без проходження процедури адаптації; визначають процес надання медичної допомоги при певному захворюванні; затверджуються Міністерством охорони здоров'я України як текст НКПМД.

НКПМД «Гіпотермія: профілактика та лікування (бойова травма)» є перекладом JOINT TRAUMA SYSTEM НАСТАНОВИ З КЛІНІЧНОЇ ПРАКТИКИ (JTS CPG) *Hypothermia: Prevention and Treatment (CPG ID: 23)* **Гіпотермія: профілактика та лікування (ідентифікатор CPG: 23)**. Ця настанова надає конкретні рекомендації щодо лікування гіпотермії на різних етапах надання медичної допомоги, з акцентом на спеціалізовану медичну допомогу, що були опубліковані вперше 2 жовтня 2006 р., в 2012 та 2023 роках опубліковано оновлення щодо профілактики, моніторингу та лікування гіпотермії.

Цей НКПМД присвячено алгоритмам надання хірургічної допомоги та оперативного лікування травм, отриманих внаслідок бойових дій. Також розглядає надання медичної допомоги цивільному населенню, в тому числі дитячого віку, яких неможливо евакуювати за межі зони бойових дій.

Застосування антибактеріальних лікарських засобів в Україні має здійснюватися відповідно до галузевих стандартів медичної допомоги. На момент розробки даного НКПМД затверджено: Стандарт медичної допомоги «Профілактика інфекційних ускладнень бойових поранень антибактеріальними лікарськими засобами на догоспітальному етапі», Стандарт «Парентеральна періопераційна антибіотикопрофілактика», Стандарт медичної допомоги «Раціональне застосування антибактеріальних і антифунгальних препаратів з лікувальною та профілактичною метою».

Розробники:

Дубров Сергій Олександрович	директор комунального неприбуткового підприємства «Київська міська клінічна лікарня № 12», професора кафедри анестезіології та інтенсивної терапії Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, голова робочої групи;
Лінчевський Олександр Володимирович	старший лікар-хірург Військово-медичного управління Служби безпеки України, лікар-хірург медичного центру «Добробут», заступник голови робочої групи з клінічних питань (за згодою);
Гаращук Олександр Віталійович	лікар-нейрохірург відділення політравми комунального неприбуткового підприємства «Київська міська клінічна лікарня № 12» (за згодою);
Григоровський Володимир Валерійович	старший ортопед-травматолог Військово-медичного управління Служби безпеки України (за згодою);
Гуменюк Костянтин Віталійович	головний хірург Збройних Сил України, Командування Медичних сил, полковник медичної служби (за згодою);
Данилюк Олександр Мирославович	лікар-хірург, ординатор лікувального відділення медичної роти 128 окремої гірсько-штурмової Закарпатської бригади, майор медичної служби (за згодою);
Денисюк Максим Володимирович	асистент кафедри анестезіології та інтенсивної терапії Національного медичного університету імені О.О. Богомольця;
Деркач Роман Володимирович	головний лікар державної установи «Інститут травматології та ортопедії Національної академії медичних наук України» (за згодою);
Спіцин Віталій Євгенович	лікар-анестезіолог Військово-медичного управління Служби безпеки України, лікар-анестезіолог медичного центру «Добробут» (за згодою);
Ульянова Надія Анатоліївна	завідувач відділу посттравматичної патології ока державної установи «Інститут очних хвороб і тканинної терапії імені В.П. Філатова Національної академії медичних наук України» (за згодою);

Методологічний супровід та інформаційне забезпечення

Гуленко Оксана Іванівна	заступник директора - начальник управління стандартизації медичної та реабілітаційної допомоги Департаменту стандартів у сфері охорони здоров'я державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», заступник голови робочої групи з методологічного супроводу.
----------------------------	---

JOINT TRAUMA SYSTEM НАСТАНОВИ З КЛІНІЧНОЇ ПРАКТИКИ (JTS CPG)



Гіпотермія: профілактика та лікування

Цей документ містить оновлення до Настанов з клінічної практики «Профілактика, моніторинг і лікування гіпотермії» від 2012 року та може бути застосований на догоспітальному етапі надання медичної допомоги та надалі.

Автори

CDR Levi Kitchen, MC, USN
LtCol Laura Tilley, MC, USA
CAPT (ret) Brad Bennett, MC, USN
HMC Wayne Papalski, USN
2LT Brad Pierce, MS, USA
2LT Ryan Stevens, MC, USA
CDR Tim Donahue, MC, USN
LCDR Eric Koch, MC, USN
SFC Paul Loos, USA
COL Cord Cunningham, MC, USA

LCDR Dana Flieger, RN, USN
Lt Col Roderick Fontenette, USAF, MC
1SG Joe Buatti, USA
CPT Jacob Shook, USA
HM1 Stephen Brooks, ATP, FP-C, USN
COL Brian Sonka, MC, USA
CAPT Matthew D Tadlock, MC, USN
CDR Shane Jensen, MC, USN
CAPT Brendon Drew, MC, USN
COL Jennifer Gurney, MC, USA

Дата першої публікації:
2 жовтня 2006 року

Дата публікації:
07 червня 2023 року

Замінює: Настанови від
18 вересня 2012 року

Перелік термінів та скорочень

НКПМД	новий клінічний протокол медичної допомоги
ПЕ	покращення ефективності
ТІГ	травма-індукована гіпотермія
CPG	CLINICAL PRACTICE GUIDELINE - рекомендації з клінічної практики
DoDTR	Department of Defense Trauma Registry - Реєстр травм Міністерства оборони США
ECS	Environmental Control Systems - системи контролю навколишнього середовища
ERC	EN ROUTE CARE - ДОПОМОГА ПІД ЧАС ТРАНСПОРТУВАННЯ
FDA	U.S. Food and Drug Administration - Управлінням з контролю якості продуктів харчування і лікарських засобів США
НРМК	Hypothermia Prevention and Management Kit - комплект для профілактики та лікування гіпотермії
HRS	Heat Reflective Shell - термоковдра (тепловідбивна оболонка)
PCC	Prolonged Casualty Care - тривала допомога пораненим
RHB	Ready-Heat Blanket - самонагрівна термохімічна ковдра
TCCC	Tactical Combat Casualty Care - Керівництво з тактичної допомоги пораненим в бою
UAS	user-assembled system - система, зібрана користувачем

РЕЗЮМЕ ЗМІН

1. Було включено Настанови з Допомоги пораненим в умовах бойових дій (далі - ТССС) щодо гіпотермії 2021 року.
2. Розширено профілактику травма-індукованої гіпотермії: включено не лише травмованих пацієнтів у стані геморагічного шоку, а й пацієнтів з опіками та черепно-мозковими травмами.
3. Описано характеристики систем профілактики та лікування гіпотермії, які можуть бути використані на додаток до більш широко застосовуваної системи - Набору для профілактики та лікування гіпотермії (Hypothermia Prevention and Management Kit, далі - НРМК) та термоковдри (Heat Reflective Shell, далі - HRS).
4. За неможливості зняти мокрий одяг, огорнути пораненого водонепроникною оболонкою/чохлом поверх мокрого одягу.
5. Рекомендовано якнайшвидше замінити НРМК на термоізоляційну систему, оскільки НРМК не має термоізоляційних властивостей і тому підходить лише для короткочасної профілактики гіпотермії.
6. Вказано конкретну цільову температуру для теплих реанімаційних розчинів/препаратів крові до 38-42 градусів за Цельсієм.
7. Додає настанови з тривалої допомоги пораненим (далі - РСС).
8. Наведено польові секрети майстерності та корисні поради.

ГІПОТЕРМІЯ

ПРОФІЛАКТИКА ТА ЛІКУВАННЯ

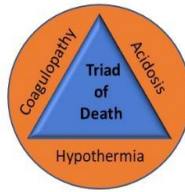


Опубліковано Об'єднаною системою лікування травм, Центром передового досвіду з питань травми Міністерства оборони США



- Допомога на догоспітальному етапі • Допомога пораненим в умовах бойових дій
- Допомога під час транспортування • Тривала допомога пораненим
- Поради та рекомендації • Вирішення проблем

Гіпотермія – ключовий фактор Тріади Смерті



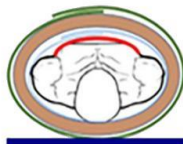
Травма-індукована гіпотермія
 легка: 34-36°C
 помірна: 32-34°C
 тяжка: <32°C



✓ Замініть мокрий одяг на сухий

✓ Під час зігрівання контролюйте температуру пацієнта. Забезпечте безперервний моніторинг температури.

✓ Підігрійте розчини для реанімації/препарати крові до 38-42°C та проводьте інфузію зі швидкістю до 150 мл/хв



Heat source
 Internal vapor barrier
 Insulation
 External vapor barrier
 External insulation

Використовуйте пасивні та активні методи зігрівання

Пасивне зігрівання: використання тепла, що генерує тіло пацієнта шляхом тремтіння/внаслідок метаболізму.

Активне зігрівання: застосування зовнішнього джерела тепла



Ready-heat blanket
 Insulation
 Enclosure bag
 External insulation



Температура та маршрут транспортування задокументовані для всіх пацієнтів під час госпіталізації та виписки.

Температуру тіла вимірюється у пацієнтів з температурою <36,1°C та >37,7°C.

Заходи зігрівання та підтримки температури тіла >35,5°C проводиться всім пацієнтам.

Клінічні поради на основі JTS Hypothermia: Prevention and Treatment CPG, червень 2023 р.

JTS CPG: [HTTPS://JTS.HEALTH.MIL/INDEX.CFM/PI_CPGS/CPGS](https://jts.health.mil/index.cfm/pi_cpgs/cpgs)

ІСТОРІЯ ПИТАННЯ

Гіпотермія, коагулопатія та ацидоз - це патофізіологічні порушення, що складають «тріаду смерті» у травмованих пацієнтів.¹⁻⁴ Тут ми використовуємо термін «травма-індукована гіпотермія» (далі - ТІГ), оскільки він більш конкретно стосується бойової травми, включаючи геморагічний шок, черепно-мозкову травму та опіки - все це призводить до значно підвищеного ризику смертності і є окремою, більш тяжкою категорією, ніж нетравматична гіпотермія, або гіпотермія внаслідок умов навколишнього середовища. ТІГ є розповсюдженою проблемою, незалежно від умов навколишнього середовища, оскільки цей стан може виникати навіть у теплому кліматі, як це сталося на Близькому Сході.⁵

Настанови з клінічної практики «Гіпотермія», вперше опубліковані в 2006 році, були одними з перших настанов JTS CPG. До цього відсоток поранених, які потрапляли на перший етап надання допомоги з гіпотермією (температура $<36,1^{\circ}\text{C}$), становив 15,42% у 2004 році. Цей показник спочатку знизився більш, ніж наполовину до 7,26%. І хоча він знову поступово збільшувався, слід зазначити про відсутність на той час даних про температуру в Реєстрі травм Міністерства оборони США (далі - DoDTR) сягала 42%, коли в 2003 році спостерігалася велика кількість постраждалих.

Рівень відсутності даних значно знизився, коли було опубліковано настанови з гіпотермії, але все ще залишався в діапазоні 10-20%. Невідомо, чи була реальна захворюваність вищою до 2006 року, але це потенційно свідчить про ефект Хоторна та ефективність відстеження інформації для інформування клінічної практики. На Малюнку 1 показано динаміку гіпотермії серед американських військових пацієнтів по роках у різних військово-медичних закладах.

Метою даних настанов є надання рекомендацій щодо профілактики та лікування ТІГ у поранених бійців на всіх етапах надання медичної допомоги.

Сучасні літературні дані свідчать, що від однієї до двох третин пацієнтів з травмами перебувають у стані гіпотермії при госпіталізації до відділення екстреної допомоги. Смертність пацієнтів з гіпотермією приблизно вдвічі вища, ніж у пацієнтів з нормальною температурою тіла.⁷⁻¹⁰ В іншому великому дослідженні пацієнтів з травмами, які потребували масивної трансфузії, гіпотермія ($<36^{\circ}\text{C}$) на момент прибуття була незалежним предиктором смертності та асоціювалася з підвищеною потребою в препаратах крові.¹¹⁻¹³

ТІГ класифікується як

легка: $34-36^{\circ}\text{C}$,

помірна: $32-34^{\circ}\text{C}$, і

тяжка: $<32^{\circ}\text{C}$.⁶

Крім того, дослідження травм цивільних показали, що $>80\%$ пацієнтів, які не вижили, прибули з гіпотермією з температурою тіла $<34^{\circ}\text{C}$.¹² Як при травмі у цивільних, так і у військових, була продемонстрована 100% смертність при досягненні температури тіла нижче 32°C .^{14,15} Коли температура тіла пацієнтів з гіпотермією опускається нижче терморегуляторного порогу треміння (близько

30°C), утворення тепла шляхом тремтіння припиняється. Таким чином, ці пацієнти втрачають здатність генерувати тепло і продовжують охолоджуватися, якщо їх активно не зігрівати зовнішніми джерелами.¹⁶ Ситуація може ще більше погіршитися через фармакологічне лікування седативними препаратами та міорелаксантами.^{17,18}

Інновації та дослідження на основі результатів за останні два десятиліття підвищили виживаність завдяки боротьбі з коагулопатією та ацидозом.^{1,5,19-22} Раннє розпізнавання та лікування гіпотермії є не менш важливим аспектом, що починається з моменту поранення і має здійснюватися для всіх поранених, особливо для пацієнтів з ризиком виникнення шокового стану. Оскільки зігрівання пораненого вимагає значних зусиль та ресурсів, заходи з профілактики гіпотермії слід починати якомога раніше, використовуючи термоізоляційні ковдри та підігріті інфузійні розчини.^{5,23,24} Можливості і ресурси на кожному з етапів медичної допомоги є різними, що буде обговорено нижче.

Малюнок 1. Частота виникнення гіпотермії у поранених американських бійців (зони CENTCOM/AFRICOM) згідно з даними DoDTR з 2001 по 2022 рік.



Найвищий відсоток гіпотермії спостерігався у 2004 році. Перші Настанови щодо гіпотермії були опубліковані у 2006 році.

З часом кількість випадків відсутності записів щодо температури в документах зменшилася, і, починаючи з 2014 року, відсоток поранених бійців з гіпотермією становив менше 5%.

ЛІКУВАННЯ

ДОГОСПІТАЛЬНИЙ ЕТАП (ТАКТИЧНА ДОГОСПІТАЛЬНА ДОПОМОГА) (ТССС)

1. Вживайте ранніх активних заходів для запобігання подальшої втрати тепла тіла та забезпечуйте зовнішнє тепло, якщо це можливо, як для травмованих, так і для поранених з тяжкими опіками.

2. Мінімізуйте контакт постраждалого з холодною землею, а також вплив на нього вітру та температури повітря. Якнайшвидше покладіть ізоляційний матеріал між пораненим і будь-якою холодною поверхнею. За можливості залиште захисне спорядження на пораненому або біля нього.

3. Замініть мокрий одяг на сухий або інший термоізоляційний матеріал (наприклад, спальний мішок), якщо це можливо, і захистіть від подальшої втрати тепла. Якщо немає можливості замінити на сухий одяг, загорніть пораненого у водонепроникну оболонку/чохол. Залиште водонепроникний шар на пораненому, доки не буде досягнуто теплового середовища.

4. Покладіть самонагрівну термохімічну ковдру на передню частину тулуба потерпілого та загорніть під руки (у пахвові западини). Щоб запобігти опікам, не розміщуйте активне джерело тепла безпосередньо на шкірі та не загортайте навколо тулуба повністю. Уникайте розміщення джерел тепла в зонах високого тиску (наприклад, під спиною лежачого пацієнта). Регулярно перевіряйте шкіру під цими ділянками на наявність опіків.^{25,26,27} Нижче наведено інформацію щодо гіпотермічних обгортань.

5. Загорніть пораненого у зовнішній водонепроникний чохол. Якнайшвидше замініть первинну систему захисту від гіпотермії на таку, що має кращі термоізоляційні властивості, використовуючи спальний мішок з капюшоном або інші доступні варіанти (наприклад, вовняні ковдри), які слід розмістити всередині зовнішнього водонепроникного чохла. НРМК не має термоізоляційних властивостей і тому підходить лише для короточасної профілактики гіпотермії, особливо в холодному кліматі.

6. Для переходу від систем захисту від гіпотермії без термоізоляційних властивостей до систем з термоізоляційними властивостями необхідно попередньо підготувати таку систему, додавши до неї джерело зовнішнього активного зігрівання; за кожної можливості покращуйте існуючу систему захисту.

7. Використовуйте пристрій для підігріву рідин (із живленням від акумулятора) для внутрішньовенного введення інфузійних розчинів відповідно до рекомендацій ТССС зі швидкістю потоку до 150 мл/хв та температурою на виході 38°C. (Див. Додаток А).

8. Захистіть пораненого від впливу вітру та опадів на будь-якому евакуаційному засобі.

9. Пріоритетним завданням залишається розпізнавання шоку та застосування методів запобігання втраті тепла, як зазначено вище. Зігрівання пацієнтів з гіпотермією можна досягти пасивно (використовуючи

теплоутворення пацієнта внаслідок тремтіння/метаболізму) та активно (застосовуючи зовнішнє джерело тепла). Якщо є можливість, активне зігрівання слід розпочинати разом з пасивними методами зігрівання.

10. Активне зігрівання: немає жодних протипоказань, окрім того, що не слід застосовувати до постраждалих від теплового удару або тих, хто не має ризику гіпотермії.^{28,29} Показання, протипоказання та інші особливості щодо активного зігрівання представлені нижче на Малюнку 2.

11. Щодо кінцівок/травм і турнікетів тривають дослідження щодо розташування кінцівок з турнікетами.³⁰ Пріоритетним завданням при ТІГ є запобігання додатковому охолодженню тіла для пом'якшення наслідків шоку, гіпотермії, коагулопатії та ацидозу. Медичні працівники можуть розглянути можливість залишити кінцівку з турнікетом поза термоізоляційною оболонкою, щоб контролювати повторну кровотечу. Це не рекомендується як стандартна практика, оскільки пріоритетом мають бути заходи з профілактики ТІГ, спрямовані на збереження життя.

12. Використовуйте термоізоляційну оболонку разом з активним джерелом тепла для всіх потенційно гіпотермічних пацієнтів з травмою. Системи, що сприяють кращій термоізоляції та мають більше активних джерел тепла, є ефективнішими для лікування/профілактики гіпотермії, але можуть мати певні обмеження щодо портативності при застосуванні в польових умовах.^{5,24} Однією з найбільш широко використовуваних систем завдяки портативності, вартості та ефективності є НРМК, яка містить самонагрівну термохімічну ковдру (Ready-Heat Blanket (далі - RHB)) - активне джерело тепла та термоковдру (типу Heat Reflective Shell, HRS) - по суті, водонепроникну оболонку (попередня версія - ковдра Blizzard blanket).

13. Інші варіанти включають самостійно зібрані або комерційні комплекти для запобігання гіпотермії; рекомендовані характеристики таких наборів для профілактики/лікування гіпотермії наведені нижче. Перелік активних та пасивних методів зовнішнього зігрівання для використання в польових умовах наведено в Таблиці 2, Додаток А.

14. Існує ще концепція обгортання по типу «буріто» з 5 шарами, як описано в Bennet et al.

15. Активне джерело тепла прикладається до тулуба в наступному порядку: пахвові западини, грудна клітка, спина. Це зони з найбільшим потенціалом теплопередачі.^{24,25,31} Джерело тепла не повинно знаходитися в прямому контакті зі шкірою пацієнта.

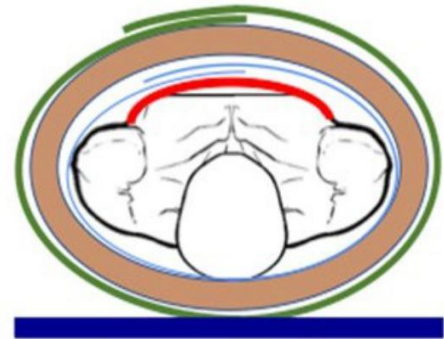
16. Внутрішній водонепроникний шар (поліетиленова плівка або фольговані листи).

17. Спальний мішок з капюшоном або інша термоізоляція (вовняні ковдри).

18. Додайте зовнішній водонепроникний шар, обгорнувши його навколо всіх інших шарів, щоб запобігти втраті тепла, потраплянню води та продуванню вітром.²⁵

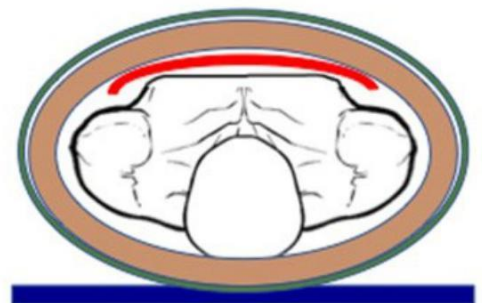
19. Використовуйте термоізолюючу підкладку, якщо поранений лежить на землі.

Малюнок 2. Імпровізоване загортання з внутрішньою водонепроникною оболонкою



- Джерело тепла (за наявності)
- Внутрішня водонепроникна оболонка (поліетиленова плівка або світловідбиваючі листи)
- Термоізоляційна оболонка (спальний мішок або ковдра)
- Зовнішня водонепроникна оболонка (брезент або пластик/поліетилен)
- Зовнішня термоізоляція (спальний килимок)

Малюнок 3. НРМК з імпровізованою термоізоляцією (вовняна ковдра)



- Ready-Heat Blanket
- Термоізоляційна оболонка (спальний мішок або ковдра)
- Захисний водонепроникний чохол
- Зовнішня термоізоляція (спальний мішок)

Таблиця 1. Показання, протипоказання та інші міркування щодо активного зігрівання.⁵

	Критерії	Загальні зауваження
Показання	Травми середньої тяжкості та тяжкі Травма центральної нервової системи Пацієнти з опіками 20% загальної площі поверхні тіла 2-го або 3-го ступеня. Збережена ясна свідомість; відсутність реакції; в холодному середовищі. Порушення процесів тремтіння; в холодному середовищі	Пораненим бійцям із травмами середнього і тяжкого ступеня слід якомога швидше забезпечити протигіпотермічне загортання з джерелом активного тепла всередині.
Протипоказання	Жодного для ТІГ Тільки тоді, коли у пораненого є ознаки та симптоми гіпертермії (тяжкий ступінь теплової хвороби)	Немає жодних обмежень щодо застосування активного зігрівання всередині протигіпотермічного загортання для постраждалих з ТІГ. Протипоказано використовувати активне зігрівання у постраждалих з тепловим виснаженням або тепловим ударом від фізичного перевантаження.
Безпека	Опіки 1-го, 2-го, 3-го ступенів	Ніколи не розміщуйте активне джерело тепла безпосередньо на шкірі. Дотримуйтесь інструкцій виробника для правильного використання джерела тепла.
Ускладнення	Потенційно можливе посилення пошкодження м'язів на кінцівці дистальніше від місця накладання турнікета.	Підвищення температури частини кінцівки, де відсутній кровообіг внаслідок накладеного турнікета (дистальна частина) може призвести до подальшого пошкодження м'язів. Намагайтеся не допускати підвищення температури в цій частині кінцівки. Не занурюйте кінцівку з накладеним турнікетом у лід або сніг.

~2-4 ГОДИНИ - TCCC, ERC, PSS

1. Продовжуйте та/або розпочніть заходи з профілактики/лікування гіпотермії, описані вище.

2. Покращіть/замініть первинну систему захисту від гіпотермії на таку, що має кращі термоізоляційні властивості, використовуючи спальний мішок з капюшоном або інші доступні варіанти (наприклад, вовняні ковдри), які слід розмістити всередині зовнішнього водонепроникного чохла. Найкраще: імпровізоване

протигіпотермічне загортання з високоякісною термоізоляцією за допомогою спального мішка для низьких температур у поєднанні з джерелом тепла, внутрішньою водонепроникною оболонкою та зовнішнім водонепроникним чохлом.

3. Продовжуйте використовувати акумуляторний пристрій для підігріву рідин для переливання крові зі швидкістю до 150 мл/хв з температурою на виході 38°C (Таблиця 2).

4. Перейдіть на безперервний моніторинг температури.

Мінімум: вимірювання температури з оцінкою життєво важливих показників за графіком.

Краще: безперервний точковий моніторинг температури на лобі.

Найкраще: безперервний моніторинг температури тіла.

5. Під час використання самонагрівної ковдри типу Ready-Heat Blanket з набору НРМК виконуйте часті перевірки шкіри для виявлення контактних опіків.

~>6 ГОДИН - ERC, PSS

Продовжуйте та/або розпочніть заходи фаз Рюкзак/Авто*, як описано вище. Замініть самонагрівну ковдру Ready Heat Blanket, якщо вона використовується >10 годин.

**Стосується місця надання допомоги та кількості спорядження. Рюкзак та Авто - це етапи надання допомоги за моделлю Рюкзак/Авто/Будинок/Літак (Ruck/Truck/House/Plane), що використовується у PSS (Тривала допомога пораненим).*

ПРІОРИТЕТИ НА ЕТАПАХ 2 ТА 3

Після надходження пацієнта до закладу 2/3 етапу необхідно докласти всіх зусиль, щоб запобігти гіпотермії; це повинно бути пріоритетом під час проведення реанімаційних заходів та оперативних процедур. Необхідно контролювати температуру повітря в приміщенні для підтримки теплого середовища.

Мокрий одяг і ковдри слід негайно зняти; застосувати зігріваючий пристрій, якщо цього не було зроблено до прибуття або якщо пристрій був пошкоджений під час транспортування.

За наявності показано використання підігрітої крові та ковдр, а також пристроїв з форсованою подачею теплого повітря (типу термоковдри Bair Hugger).

Бажано проводити безперервний моніторинг температури; також слід записати показники температури під час госпіталізації до закладу та при виписці. Термочутливий катетер Фолея є дієвим варіантом для моніторингу температури, а також відповіді на проведені реанімаційні заходи.

Якщо поверхнева температура (в ротовій порожнині, під рукою або в ділянці

барабанної перетинки) виходить за межі очікуваного діапазону (37,7°C), слід виміряти внутрішню температуру (ректально або у стравоході) для досягнення найкращої точності.

ДОПОМОГА ПІД ЧАС ТРАНСПОРТУВАННЯ (ERC)

ПРИМІТКА: Підготовка пацієнта до транспортування з фіксацією усіх засобів лікування ТІГ є одним із ключових умінь, яке слід ретельно продумати та відпрацювати перед виконанням бойового завдання. Пацієнта, загорнутого в багато шарів з метою профілактики/лікування гіпотермії, складно оцінити та обстежити. Медичні працівники повинні це усвідомлювати і мати план моніторингу стану таких пацієнтів, а також опис усіх попередніх медичних втручань.

Переконайтеся, що засоби боротьби з гіпотермією, які були застосовані в польових умовах, знаходяться там, де слід, не змістилися чи не загорнулися під час переміщення пораненого. Переконайтеся, що захист від гіпотермії закриває спину і захищає пацієнта від вітру, що дме над або під ним, особливо в умовах знаходження біля вертольоту.

З метою пасивного обігріву салону слід використовувати системи контролю навколишнього середовища (Environmental Control Systems, далі - ECS) автомобіля або літака. Системи ECS можуть бути ненадійними, особливо якщо йдеться про вертоліт, де потужність є обмеженою. Під час попереднього планування ECS можна використовувати для створення теплого середовища до або після надходження постраждалого, щоб запобігти різкому зниженню температури.

Для встановлення та відстеження динаміки зігрівання пораненого слід проводити безперервний моніторинг температури.

Під час переміщення пацієнтів у морському середовищі слід використовувати подвійні зовнішні водонепроникні чохли для захисту від вітру та морських бризок.

ПОЛЬОВІ СЕКРЕТИ МАЙСТЕРНОСТІ ТА ПРИКЛАДИ ВИРІШЕННЯ ПРОБЛЕМ

В морському середовищі використовуйте ковдри типу RNB/активні системи зігрівання.

Як імпровізовані ізоляційні матеріали можуть бути застосовані підручні засоби/чисті сміттєві пакети або поліетиленова харчова плівка.

Системи обігріву транспортних засобів можуть допомогти спрямувати гаряче повітря на пацієнта в польових умовах термоковдр типу Bair Hugger. Це вимагає попередньої координації та налаштування та є нестандартним додатком до

спорядження.

Для попереднього підігріву інфузійних розчинів можна використати самонагрівні термохімічні пакети (термопакети, ковдри типу Ready Heat 1 Panel Blanket, безполум'яний нагрівач їжі типу MRE heater, навіть, у крайньому випадку, сечоприймач для катетера Фолея - як грілка) або тепло тіла (найбільш корисно на етапах Рюкзак-Авто-Будинок, коли пристрої для підігріву рідин можуть бути в дефіциті).

Примітка: Не наносити безпосередньо на шкіру, щоб запобігти термічним травмам пацієнта.

Будьте готові, що показники пальцевої пульсоксиметрії будуть недостовірними. Якщо показане значення не відповідає стану пацієнта, пам'ятайте, що потрібно лікувати пацієнта, а не показник. Закріплення грілки на руці (але без прямого контакту зі шкірою та пристроєм) може допомогти підвищити точність вимірювання.

В екстремально холодну погоду (нижче -29°C) газ, що видихається інтубованим пацієнтом, може призвести до миттєвого утворення льоду в ендотрахеальній трубці та трубках дихального контуру. Слід подбати про термоізоляцію всіх втручань за таких умов.

МОНІТОРИНГ ПОКРАЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ (далі - ПЕ)

ЦІЛЬОВА ПОПУЛЯЦІЯ

Всі пацієнти з травмою, які відповідають критеріям включення DoDTR з ISS>1.

МЕТА (ОЧІКУВАНІ РЕЗУЛЬТАТИ)

Температура та спосіб вимірювання повинні бути задокументовані у всіх пацієнтів при госпіталізації та виписці.

Температуру тіла вимірюють у всіх пацієнтів з температурою $<35,5^{\circ}\text{C}$ та $>37,7^{\circ}\text{C}$.

Усім пацієнтам розпочато заходи зігрівання та підтримання температури тіла $>35,5^{\circ}\text{C}$.

ПОКАЗНИКИ РЕКОМЕНДАЦІЙ	РЕЗУЛЬТАТИВНОСТІ	/ДОТРИМАННЯ
-----------------------------------	-------------------------	--------------------

Температура та спосіб вимірювання записані у всіх пацієнтів при госпіталізації та виписці.

Температуру тіла визначають у всіх пацієнтів з температурою $<35,5^{\circ}\text{C}$ та $>37,7^{\circ}\text{C}$.

Усім пацієнтам розпочато заходи зігрівання та підтримання температури тіла $>35,5^{\circ}\text{C}$.

ДЖЕРЕЛО ДАНИХ

Медична карта пацієнта.

Реєстр травм Міністерства оборони.

СИСТЕМНА ЗВІТНІСТЬ І ЧАСТОТА ЗВІТУВАННЯ

Згідно з даними настановами, вказане вище становить мінімальні критерії моніторингу ПЕ. Системна звітність проводитиметься щороку; додатковий моніторинг ПЕ та системну звітність можна проводити залежно від потреб.

Системний огляд та аналіз даних виконуватиме керівник JTS та відділ ПЕ JTS.

ОБОВ'ЯЗКИ

Керівник травматологічної бригади несе відповідальність за ознайомлення, належне дотримання та моніторинг ПЕ на місцевому рівні з цими Настановами з клінічної практики. Керівник команди з надання допомоги при травмах відповідає за ознайомлення з даними Настановами з клінічної практики, належне дотримання вказаних у ній вимог та моніторинг ПЕ на місцевому рівні.

ЖИТЕПАТҮПА

1. Eastridge BJ, Mabry RL, Seguin P, et al. Death on the battlefield (2001-2011): Implications for the future of combat casualty care. *J Trauma Acute Care Surg.* 2012;73(6 SUPPL. 5):431-437.
2. Gerhardt RT, Stranden G, Cap AP, et al. Remote damage control resuscitation and the Solstrand Conference: Defining the need, the language, and a way forward. *Transfusion.* 2013;53(SUPPL. 1):9S-16S.
3. Mikhail J. The trauma triad of death: hypothermia, acidosis, and coagulopathy. *AACN Clin Issues.* 1999;10(1):85-94.
4. Moffatt SE. Hypothermia in trauma. *Emerg Med J.* 2013;30(12):989-996. doi:10.1136/emmermed-2012-201883.
5. Bennett BL, Giesbrecht G, Zafren K, et al. Management of hypothermia in tactical combat casualty care: TCCC guideline proposed change 20-01 (June 2020). *J Spec Oper Med.* 2020;20(3):21-35.
6. Gentilello LM. Advances in the management of hypothermia. *Surg Clin North Am.* 1995; 75:243-256.
7. Balvers K, Van Der Horst M, Graumans M, et al. Hypothermia as a predictor for mortality in trauma patients at admittance to the intensive care unit. *J Emergencies, Trauma Shock.* 2016;9(3):97-102.
8. Joint Trauma System Clinical Practice Guidelines. Hypothermia prevention, monitoring, and management. 2012;(September):1-11.
9. Simmons JW, Powell MF. Acute traumatic coagulopathy: Pathophysiology and resuscitation. *Br J Anaesth.* 2016; 117: iii 31-iii43.
10. Wang HE, Callaway CW, Peitzman AB, Tisherman SA. Admission hypothermia and outcome after major trauma. *Crit Care Med.* 2005;33(6):1296-1301.
11. Lester ELW, Fox EE, Holcomb JB, et al. The impact of hypothermia on outcomes in massively transfused patients. *J Trauma Acute Care Surg.* 2019;86(3):458-463.
12. Fisher AD, April MD, Schauer SG. An analysis of the incidence of hypothermia in casualties presenting to emergency departments in Iraq and Afghanistan. *Am J Emerg Med.* 2019;38(11):2343-2346.
13. Beilman GJ, Blondet JJ, Nelson TR, et al. Early hypothermia in severely injured trauma patients is a significant risk factor for multiple organ dysfunction syndrome but not mortality. *Ann Surg.* 2009;249(5):845-850.
14. Gentilello LM, Jurkovich GJ, Stark MS, Hassantash SA, O'Keefe GE. Is hypothermia in the victim of major trauma protective or harmful? A randomized, prospective study. *Ann Surg.* 1997;226(4):439-449.
15. Holcomb JB. The 2004 Fitts Lecture: Current perspective on combat casualty care. In: *Journal of Trauma - Injury, Infection and Critical Care.* Vol 59.; 2005:990-1002.
16. Brown DJA, Brugger H, Boyd J, Paal P. Accidental Hypothermia. *N Engl J Med.* 2012;367(20):1930-1938. doi:10.1056/NEJMr1114208
17. Lopez MB. Postanaesthetic shivering - from pathophysiology to prevention. *Rom J Anaesth Intensive Care.* 2018;25(1):73-81.
18. Kurdi M, Theerth K, Deva R. Ketamine: Current applications in anesthesia, pain, and critical care. *Anesth Essays Res.* 2014;8(3):283.
19. Shackelford SA, Del Junco DJ, Powell-Dunford N, et al. Association of prehospital blood product transfusion during medical evacuation of combat casualties in Afghanistan with acute and 30-day survival. *JAMA - J Am Med Assoc.* 2017;318(16):1581-1591.
20. Blackburn LH, Baer DG, Eastridge BJ, et al. Military medical revolution: Prehospital combat casualty care. *J Trauma Acute Care Surg.* 2012;73(6 SUPPL. 5):372-377.
21. Kragh JF, Dubick MA, Aden JK, et al. U.S. military use of tourniquets from 2001 to 2010. *Prehospital Emerg Care.* 2015;19(2):184-190.
22. Dickey NW. Combat Trauma Lessons Learned from Military Operations of 2001-2013. *Def Heal Agency/Defense Heal Board Falls Church United States.* 2015:82.
23. Nicholson B, Neskey J, Stanfield R, et al. Integrating prolonged field care into rough terrain and mountain warfare training: the mountain critical care course. *J Spec Oper Med.* 2019;19(1):66-69.
24. Haverkamp FJC, Giesbrecht GG, Tan ECTH. The prehospital management of hypothermia — An up-to-date overview. *Injury.* 2018;49(2):149-164.
25. Dow J, Giesbrecht GG, Danzl DF, et al. Wilderness Medical Society Clinical Practice Guidelines for

the Out-of-Hospital Evaluation and Treatment of Accidental Hypothermia: 2019 Update. *Wilderness Environ Med.* 2019;30(4): S47-S69.

26. Allen PB, Salyer SW, Dubick MA, Holcomb JB, Blackbourne LH. Preventing hypothermia: Comparison of current devices used by the US Army in an in vitro warmed fluid model. *J Trauma - Inj Infect Crit Care.* 2010;69(SUPPL. 1): S154-S161.

27. Giesbrecht GG, Walpoth BH. Risk of Burns During Active External Rewarming for Accidental Hypothermia. *Wilderness Environ Med.* 2019;30(4):431-436.

28. Knapik JJ, Epstein Y. Exertional Heat Stroke: Pathophysiology, Epidemiology, Diagnosis, Treatment, and Prevention. *J Spec Oper Med.* 2019;19(2):108-116.

29. Lipman GS, Gaudio FG, Eifling KP, Ellis MA, Otten EM, Grissom CK. Wilderness Medical Society Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Treatment of Heat Illness: 2019 Update. *Wilderness Environ Med.* 2019;30(4): S33-S46.

30. Shackelford SA, Butler FK Jr, Kragh JF Jr, et al. Optimizing the use of limb tourniquets in tactical combat casualty care: TCCC Guidelines Change 14-02. *J Spec Oper Med.* 2015;15(1):17-31.

31. Ducharme MB, Tikuisis P. Role of blood as heat source or sink in human limbs during local cooling and heating. *J Appl Physiol.* 1994;76(5):2084-2094.

ДОДАТОК А: ПЕРЕЛІК ОБЛАДНАННЯ

РОЗДІЛ 1: ЗІГРІВАННЯ ПАЦІЄНТА^{1, 2}

Таблиця 1. Пасивні методи зігрівання

Рівень А: Докази на основі численних рандомізованих досліджень або мета-аналізів.

Рівень В: Докази на основі одного рандомізованого дослідження або нерандомізованих досліджень.

Рівень С: Експертна думка, тематичні дослідження або стандарти надання медичної допомоги.

НЕ=неефективний; √=слабка ефективність; √√=помірна ефективність; √√√=висока ефективність

Пасивні методи розігріву	Догоспітальний етап	Джерело	Зігрівання	Рівень	Коментар
	Спальний мішок	Giesbrecht et al. ³	√	В	Сам по собі є недостатнім для попередження втрати тепла; краще поєднувати з водонепроникним чохлам у пацієнта зі збереженим тремтінням.
	Водонепроникний зовнішній чохлам зі спальним мішком в якості термоізоляції (загортання по типу «буріто»)	Grissom et al. ⁴	√√	В	Традиційний пасивний метод зігрівання, який подається на курсах медицини в непристосованих умовах. Підходить для збереження теплопродукції та попередження втрат тепла у пацієнта зі збереженим тремтінням у стані легкої гіпотермії; джерело активного зовнішнього обігріву не потрібне.
	Вовняна ковдра	Allen et al. ⁵	НЕ	С	Проспективне рандомізоване дослідження. Не випробовувалося на людях. Сама по собі вовняна ковдра була менш ефективною у попередженні втрат тепла під час симуляції з манекеном (зігрівання пакета з рідиною в порожнині тулуба манекена).
	Термоковдра Space Blanket	Allen et al. ⁵	НЕ до √	С	Проспективне рандомізоване дослідження. Не випробовувалося на людях: термоковдрою Space Blanket накрили тулуб манекена і заправили її з боків. Цей спосіб був не повністю ефективний у попередженні втрат тепла, проте кращий за вовняну ковдру.
	Мішок санітарний для тіл	Allen et al. ⁵	√	С	Проспективне рандомізоване дослідження. Не випробовувалося на людях. Мішок для тіл не підтримував температуру пакета з рідиною в порожнині тулуба манекена краще за вовняну ковдру.
	Термоковдра Heat Reflective Shell	Allen et al. ⁵	√√√	С	Проспективне рандомізоване дослідження. Не випробовувалося на людях. Нова версія використовувалася як «пасивний» чохлам. При порівнянні першого і другого поколінь НРМК, статистичної різниці між Heat Reflective Shell і Blizzard Blanket щодо попередження втрат тепла не виявлено.
	Набір Hot Pocket (мішок для тіл, вовняна ковдра і термоковдра типу space blanket)	Allen et al. ⁵	√√√	С	Проспективне рандомізоване дослідження. Не випробовувалося на людях. Використання даної системи було дуже ефективним і одним із двох найкращих пасивних методів попередження втрат тепла, який працював так само, як і два з трьох активних методів зігрівання, випробовуваних впродовж 120 хв
	Термоковдра Blizzard Blanket	Allen et al. ⁵	√√√	С	Проспективне рандомізоване дослідження. Не випробовувалося на людях. Використання

					самої лише термоковдри Blizzard Blanket виявилось одним із двох найкращих пасивних методів попередження втрат тепла, який працював так само, як і два з трьох активних методів зігрівання, випробовуваних впродовж 120 хв.
	Водонепроникна оболонка + протигіпотермічне загортання	Thomassen et al. ⁶ Henriksson et al. ⁷ Henriksson et al. ⁸	√√√	А	Є вагомні докази на користь додавання водонепроникної оболонки, у яку загортали волонтера, після чого продовжуючи протигіпотермічні загортання за принципом «буріто». Наведені три дослідження є доказовою базою для рекомендацій щодо конструювання імпровізованої протигіпотермічної системи за Гішбрехтом (Giesbrecht G. ⁹)

Таблиця 2. Активні методи зігрівання

Рівень А: Докази на основі численних рандомізованих досліджень або мета-аналізів.

Рівень В: Докази на основі одного рандомізованого дослідження або нерандомізованих досліджень.

Рівень С: Експертна думка, тематичні дослідження або стандарти надання медичної допомоги.

НЕ=неефективний; √=слабка ефективність; √√=помірна ефективність; √√√=висока ефективність.

Активні методи розігріву	Догоспітальний етап	Джерело	Зігрівання	Рівень	Коментар
	Невеликі термохімічні пакети	Консенсус співавторів	НЕ	С	Невеликі термохімічні пакети, що використовуються для рук, не забезпечують достатньої теплопередачі всередину тіла і не запобігають подальшій втраті тепла. Доступні кращі варіанти.
	Теплі внутрішньовенні/внутрішньокісткові рідини/препарати крові	Lehavi et al. ¹⁰ Haverkamp et al. ¹¹	НЕ	А	Не вливати рідини, температура яких нижча за 100°F (38°C). Рідини самі по собі не є ефективними для збільшення внутрішньої температури. Використовуйте рідини разом з НРМК під час MEDEVAC
	Шкірний контакт тіла до тіла	Giesbrecht et al. ³ Hultzer et al. ¹²	√	В	Зменшує тремтіння у постраждалого при контакті шкіра-до-шкіри; не ефективніше, ніж тремтіння при легкій гіпотермії; недостатньо доказів щодо користі для гіпотермічних пацієнтів, які втратили здатність до тремтіння; значне використання людських ресурсів.
	Грілки з гарячою водою	Консенсус співавторів	√	С	Непрактично. Недостатньо для передачі тепла для впливу на температуру тіла. Потрібно багато пляшок та заміна гарячої води кожні 20 хв.
	Ходьба	Giesbrecht et al. ¹³	√√	В	Використовуйте для генерації тепла у постраждалих з ознаками холодового стресу (>35°C (95°F)), зі збереженим тремтінням, добре захищених від холоду, вологи та вітру, а також у присутності спостерігача; використовувати з обережністю - може спричинити різке зниження температури тіла на 0,91°C, що триватиме близько 30 хвилин.
	Самонагрівна термохімічна ковдра Ready Heat Blanket	Allen et al. ⁵	√√	С	Проспективне рандомізоване дослідження – термоковдра для всього тіла - 8 годин підтримує температуру 104 F (40°C); обгорнути навколо тулуба, уникаючи прямого розміщення на шкірі;

				використовувати водонепроникну оболонку як зовнішній шар.
HeatPac	Giesbrecht et al. ¹³ Kulkarni et al. ¹⁴	√√√	B	Ефективно забезпечує тепло та підтримує тепловий баланс; дороговартісний; багаторічний досвід використання у скандинавських військових і в наукових дослідженнях; залежність від ресурсів; потребує використання деревного вугілля; потенційний ризик отруєння чадним газом в приміщеннях з низькою вентиляцією; використання тільки на відкритому повітрі. Доступні новіші варіанти.
HPMK	Allen et al. ⁵	√√√	C	Перспективне рандомізоване дослідження. Не випробовувалося на людях, проте була проведена симуляція з манекеном (пакет з рідиною всередині тулуба). Ефективний результат порівняно з усіма досліджуваними активними системами зігрівання. Комітет з питань ТССС, JTS і Міністерство оборони США віддають перевагу цій системі з 2006 року; зовнішній водонепроникний чохол і самонагрівна термохімічна ковдра, яка підтримує температуру 110°F (43°C) впродовж 10 годин;; низька вартість, вага і розмір; ефективна система тільки для короткочасного використання через відсутність термоізоляції; пацієнти охолоджуються знову через <60 хв використання в холодному середовищі за даними Dutta et al. ¹⁵
Імпровізоване протигіпотермічне загортання (user-assembled system – далі - UAS дослівно: система, зібрана користувачем)	Dutta et al. ¹⁵	√√√√	B	Рандомізоване контрольоване дослідження за участю добровольців. Найбільш ефективними виявилися імпровізовані системи UAS та система Doctor Down.
Система Doctor Down Rescue Wrap	Dutta et al. ¹⁵	√√√√	B	
HPMK	Dutta et al. ¹⁵	√√	B	Рандомізоване контрольне дослідження за участю добровольців. HPMK був менш ефективним через недостатню термоізоляцію.
Сумка-стабілізатор гіпотермії Hypothermia Stabilizer Bag MARSARS	Dutta et al. ¹⁵	√√√	B	Рандомізоване контрольне дослідження за участю добровольців. Ці дві системи не були настільки ефективними для збереження теплового балансу, як системи Doctor Down Rescue Wrap та UAS.
Сумка для потерпілих Wiggy's Victim Casualty Bag	Dutta et al. ¹⁵	√√√	B	
Поеднання самонагрівної ковдри Ready-Heat Blanket та синтетичного спального мішка PrimaLoft	Phillips et al. ¹⁶	√√√	C	Одне повідомлення щодо високої ефективності зігрівання пацієнта.

Інші пристрої для зігрівання пацієнтів

УВАГА: Пристрої А-В не можна розміщувати під спиною пацієнта або безпосередньо на шкірі. Це може збільшити ймовірність термічних опіків або вивести пристрій з ладу.

Сітчаста грілка HAWK

<https://soldiersystems.net/2020/01/28/nsns-for-hawk-warming-grid/>

Активується повітрям і регулюється за температурою. Для оптимальної ефективності можна закривати/відкривати окремі комірки.

При температурі нижче -18°C потрібен додатковий час (+15 хвилин) для досягнення робочої температури.

4-32 години роботи.

Панельна самонагрівна термохімічна ковдра Ready-Heat

<https://www.ready-heat.com/products/military/>

Активується повітрям, НЕ регулюється за температурою

При температурі нижче -18°C потрібен додатковий час (+30 хвилин) для досягнення робочої температури.

Втрачає працездатність при контакті з рідиною, тому перед нанесенням слід переконатися, що пацієнт сухий, і тримати ковдру подалі від потенційних джерел рідини.

8-10 годин роботи.

Набір для боротьби з гіпотермією Geratherm Mini Rescue II Hypothermia Kit

www.rgmd.com

Наразі включений до комплекту SOCOM Tribalco T-5 CASEVAC Kit.

Термоковдра Chill Buster Blanket

Спальні мішки Wiggy's або пухові спальні мішки

РОЗДІЛ 2: ЗІГРІВАННЯ РІДИН⁵**Бажані характеристики пристроїв для підігріву реанімаційних рідин**

Портативний Легкий (до 1 кг) Невеликі розміри (висота, ширина, довжина) Підвищеної міцності для використання в польових умовах Швидкий запуск <30 сек Водонепроникний Малошумний, з підсвіткою Живлення від акумулятора з тривалим терміном служби та легкою заміною Заряду батареї повинно вистачити на переливання 4 одиниць цільної крові зі швидкістю 100-150 мл/хв	Швидка зарядка батареї (<100 хв) Зарядний пристрій для двох-трьох батарей Різні довжини магістралей для внутрішньовенних інфузій Допуск до польотів (придатність до польотів) Функціонування в середовищах з підвищеним/зниженим атмосферним тиском Умови експлуатації на полі бою: температура від -10°C до +45°C та вологість 5-95% (відносної вологості). Температура розчинів та препаратів крові на виході принаймні 38°C зі швидкістю ≥100 до 150 мл/хв (початкова температура 4°C) Багаторазовий нагрівальний пристрій
---	--

Перелік засобів для зігрівання, доступних на ринку.

Рівень А: Докази на основі численних рандомізованих досліджень або мета-аналізів.

Рівень В: Докази на основі одного рандомізованого дослідження або нерандомізованих досліджень.

Рівень С: Експертна думка, тематичні дослідження або стандарти надання медичної допомоги.

√=слабка ефективність; √√=помірна ефективність; √√√=висока ефективність

Пристрій для обігріву	Схвалений FDA	Схвалений для польотів	Ефективність зігрівання >100мл/хв	Рівень	Посилання	Коментарі
Belmont Buddy Lite	Так	Так	√	A	Bruells et al. ¹⁷ Kim et al. ¹⁸ Lehavi et al. ¹⁰ Milligan et al. ¹⁹ Weatherall et al. ²⁰	Вища швидкість введення рідини спричиняє до вискакування картриджа з роз'єму.
Thermal Angel	Так	Так	√	A	Weatherall et al. ²¹	Вища швидкість введення рідини зумовлює різке зниження температури на виході. При нижчих вхідних температурах швидкість проходження рідини в пристрої Thermal Angel знижується.
enFlow	Так	Так	√	A	Bruells et al. ¹⁷ Kim et al. ¹⁸ Lehavi et al. ¹⁰ Zoremba et al. ²¹	Пристрій найкраще працює з теплішими рідинами, як зазначено в дослідженні Кіма та ін. (Kim et al.). ПРИСТРІЙ ВІДКЛИКАНО через виділення алюмінію з нагрівального картриджа
QinFlow Warrior	Так	Так	√√√	A	Lehavi et al. ¹⁰	Найефективніше працює з більш холодними розчинами у порівнянні з іншими пристроями.
QinFlow Warrior Lite	Так	Так	√√√	C	N/A Peered Research	Ідентичний до QinFlow Warrior нагрівальний картридж.
MEQU M Warmer	Hi	Так	√√√	A	Blakeman et al. ²² Weatherall et al. ²⁰	Схвалено НАТО, очікує схвалення FDA, показав найкращі результати в порівнянні з Buddy Lite, Buddy Liter і Thermal Angel при роботі з еритроцитарною масою.
Lifewarmer Quantum*	Так	Так	√√√	C	N/A Peered Research	Наразі не пройшов експертну оцінку. <i>*Пристрій, що фінансується SOCOM.</i>

РОЗДІЛ 3: МОНІТОРИНГ ТЕМПЕРАТУРИ

Пристрої для моніторингу температури

Температурні датчики Фолея

Датчики для точкового вимірювання температури (на лобі)

Безперервний монітор температури DataTherm(R)II - на кардіологічному апараті SOCOM Tribalco T-5 Cardiac Ki

ProPac MD

Схвалений для польотів

Є можливість підтримки BATDOK (Battlefield Assisted Trauma Distributed Observation Kit - програмне забезпечення для одночасного бездротового моніторингу за багатьма пораненими на полі бою і наступних етапах)

Кілька різних варіантів для моніторингу температури в реальному часі

Philips Tempus Pro - схвалений для польотів

Welch Allyn SureTemp - схвалений для польотів

3M Bair Hugger Temperature Monitoring System²³ - Портативний пристрій, який все ще перебуває на стадії розробки, але може бути застосований у травмованих пацієнтів.

Література

1. Bennett BL, Giesbrecht G, Zafren K, et al. Management of hypothermia in tactical combat casualty care: TCCC Guideline Proposed Change 20-01 (June 2020). *J Spec Oper Med.* 2020;20(3):21-35.
2. Tricoci P, Allen JM, Kramer JM, et al. Scientific evidence underlying the ACC/AHA clinical practice guidelines. *JAMA.* 2009;25;301(8):831-841.
3. Giesbrecht GG, Sessler DI, Mekjavic IB, et al. Treatment of mild immersion hypothermia by direct body-to-body contact. *J Appl Physiol.* 1994; 76:2373-2379.
4. Grissom CK, Harmston CH, McAlpine JC, et al. Spontaneous endogenous core temperature rewarming after cooling due to snow burial. *Wilderness Environ Med.* 2010;21(3):229-235.
5. Allen PB, Salyer SW, Dubick MA, Holcomb JB, Blackburn LH. Preventing hypothermia: Comparison of current devices used by the US Army in an in vitro warmed fluid model. *J Trauma - Inj Infect Crit Care.* 2010;69(SUPPL. 1): S154-S161.
6. Thomassen O, Faerevik H, Osteras O, et al. Comparison of three different prehospital wrapping methods for preventing hypothermia – a cross over study in humans. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2011; 19:41.
7. Henriksson O, Lundgren PJ, Kuklane K, et al. Protection against cold in prehospital care: Wet clothing removal or addition of a vapor barrier. *Wilderness Environ Med.* 2015;26(1):11-20.
8. Henriksson O, Lundgren P, Kuklane K, et al. Protection against cold in prehospital care: evaporative heat loss reduction by wet clothing removal or the addition of a vapor barrier – a thermal manikin study. *Prehosp Disaster Med.* 2012; 27:53-58.
9. Giesbrecht G. Cold card to guide responders in the assessment and care of cold-exposed patients. *Wilderness Environ Med.* 2018;29(4):499-503.
10. Lehari A, Yitzhak A, Jarassy R, Heizler R, Katz Y (Shai), Raz A. Comparison of the performance of battery-operated fluid warmers. *Emerg Med J.* 2018;35(9):564-570.
11. Haverkamp FJC, Giesbrecht GG, Tan ECTH. The prehospital management of hypothermia — An up-to-date overview. *Injury.* 2018;49(2):149-164.
12. Hultzer MV, Xu X, Marrao C, et al. Pre-hospital torso-warming modalities for severe hypothermia: a comparative study using a human model. *CJEM.* 2005; 7:378-386.
13. Giesbrecht GG, Bristow GK, Uin A, et al. Effectiveness of three field treatments for induced mild (33.0C) hypothermia. *J Appl Physiol.* 1987;63(6):2375-2379.
14. Kulkarni K, Hildahl E, Dutta R, et al. Efficacy of head and torso rewarming using a human model for severe hypothermia. *Wilderness Environ Med.* 2019;30(1):35-43.
15. Dutta R, Kulkarni K, Steinman A, et al. Human responses to five heated hypothermia enclosure systems in a cold environment. *Wilderness Environ Med.* 2019;30(2):163-176.
16. Phillips D, Bowman J, Zafren K. Successful rewarming of a patient with apparent moderate hypothermia

using a hypothermia wrap and a chemical heat blanket. *Wilderness Environ med.* 2019;30(2):199-202.

17. Bruells CS, Bruells AC, Rossaint R, Stoppe C, Schaelte G, Zoremba N. A laboratory comparison of the performance of the buddy lite™ and enFlow™ fluid warmers. *Anaesthesia.* 2013;68(11):1161-1164.

18. Kim HJ, Yoo SM, Jung JS, Lee SH, Sun K, Son HS. The laboratory performance of the enFLOW(®) , buddy lite(™) and ThermoSens(®) fluid warmers. *Anaesthesia.* 2015;70(2):205-208.

19. Milligan J, Lee A, Gill M, Weatherall A, Tetlow C, Garner AA. Performance comparison of improvised prehospital blood warming techniques and a commercial blood warmer. *Injury.* 2016;47(8):1824-1827.

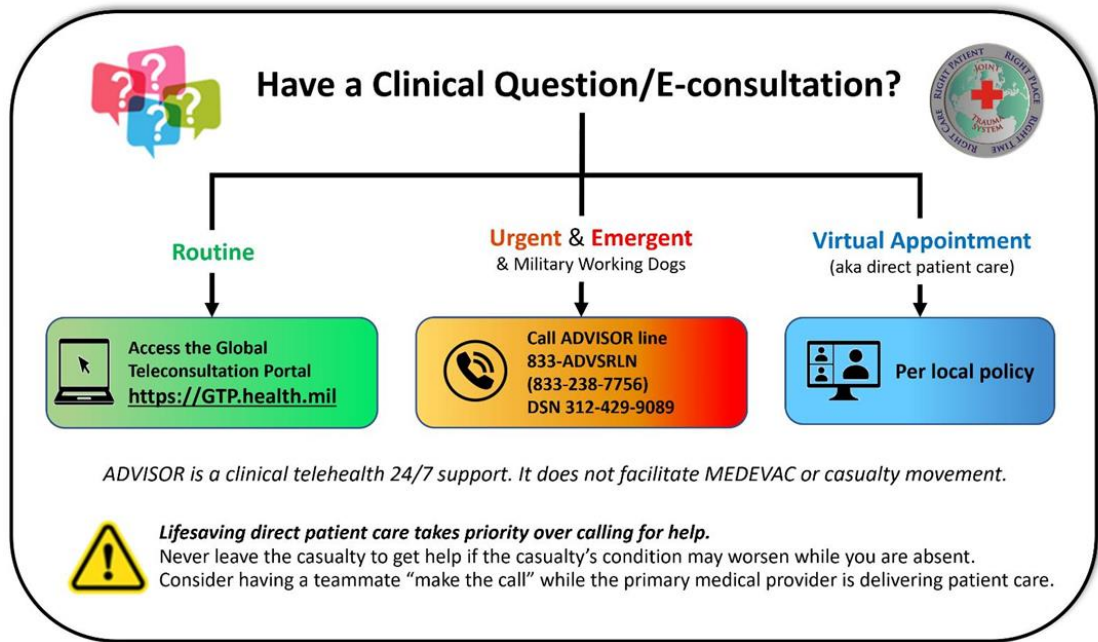
20. Weatherall A, Gill M, Milligan J, et al. Comparison of portable blood-warming devices under simulated pre-hospital conditions: a randomised in-vitro blood circuit study. *Anaesthesia.* 2019;74(8):1026-1032.

21. Zoremba N, Bruells C, Rossaint R, Breuer T. Heating capabilities of small fluid warming systems. *BMC Anesthesiol.* 2018;18(1):98. Hypothermia: Prevention and Treatment CPG ID: 23 Guideline Only/Not a Substitute for Clinical Judgment 18

22. Blakeman T, Fowler J, Branson R, Petro M, Rodriguez D. Performance characteristics of fluid warming technology in austere environments. *J Spec Oper Med.* 2021 Spring; 21(1):18-24.

23. Conway A, Bittner M, Phan D, Chang K, Kamboj N, Tipton E, Parotto M. Accuracy and precision of zero-heat-flux temperature measurements with the 3M™ Bair Hugger™ Temperature monitoring system: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Monit Comput.* 2020 Jun 2.

ДОДАТОК В: ТЕЛЕМЕДИЦИНА/ТЕЛЕКОНСУЛЬТАЦІЇ



Ілюстрація Раймонда Самонте

ДОДАТОК С: ДОДАТКОВА ІНФОРМАЦІЯ ЩОДО НЕ ПЕРЕДБАЧЕНОГО ІНСТРУКЦІЄЮ ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ У НАСТАНОВАХ З КЛІНІЧНОЇ ПРАКТИКИ

МЕТА

Мета цього Додатка - надати роз'яснення політики та практики Міністерства оборони США щодо включення в Настанови з клінічної практики «незатверджених» показань для продуктів, що були схвалені Управлінням з контролю якості харчових продуктів харчування і лікарських засобів США (далі - FDA). Це стосується застосування не за призначенням для пацієнтів, які належать до Збройних сил США.

ІСТОРІЯ ПИТАННЯ

Незатверджене (тобто «не за призначенням» - «off-label») використання продуктів, схвалених FDA, надзвичайно поширене в медицині США і зазвичай не регулюється окремими нормативними актами. Проте, згідно з Федеральним законодавством, за деяких обставин застосування схвалених лікарських засобів за незатвердженими показаннями регулюється положеннями FDA про «досліджувані нові лікарські засоби». До цих обставин належить використання в рамках клінічних досліджень, а також, у військовому контексті, використання за незатвердженими показаннями згідно з вимогами командування. Деякі види використання за незатвердженими показаннями також можуть підлягати окремим нормативним актам.

ДОДАТКОВА ІНФОРМАЦІЯ ЩОДО ЗАСТОСУВАННЯ ЗА НЕЗАТВЕРДЖЕНИМИ ПОКАЗАННЯМИ У НАСТАНОВАХ З КЛІНІЧНОЇ ПРАКТИКИ

Включення в Настанови з клінічної практики застосувань за незатвердженими показаннями не належить до клінічних випробувань і не є вимогою командування. Крім того, це не означає, що Військова система охорони здоров'я вимагає такого використання медичними працівниками Міністерства оборони США або вважає його «стандартом медичної допомоги». Скоріше, включення в Настанови з клінічної практики стосувань за незатвердженими показаннями допомагає відповідальним медичним робітникам виконувати клінічну оцінку завдяки інформації про потенційні ризики та переваги альтернативних видів лікування. Рішення приймається на основі клінічного судження відповідального медичного працівника в рамках відносин між лікарем і пацієнтом.

ДОДАТКОВІ ПРОЦЕДУРИ

Виважений розгляд

Відповідно до цієї мети, в обговореннях використання лікарських засобів «не за призначенням» в Настановах з клінічної практики конкретно зазначено, що це використання, яке не схвалено FDA. Крім того, розгляд підкріплений

даними клінічних досліджень, в тому числі інформацією про обережне використання продукту та всі попередження, видані FDA.

Моніторинг забезпечення якості

Що стосується використання «не за призначенням», діяльність Міністерства оборони США полягає у підтримці регулярної системи моніторингу забезпечення якості результатів і відомих потенційних побічних ефектів. З цієї причини підкреслюється важливість ведення точних клінічних записів.

Інформація для пацієнтів

Належна клінічна практика передбачає надання пацієнтам відповідної інформації. У кожній Настанові з клінічної практики, що передбачають застосування за незатвердженими показаннями, розглядається питання інформування пацієнтів. За умови практичної доцільності, слід розглянути можливість включення додатка з інформаційним листком для пацієнтів, що видаватиметься до або після застосування лікарського засобу. Інформаційний листок має в доступній для пацієнтів формі та містити такі відомості:

- використання не схвалено FDA;

- причини, чому медичний працівник зі структури Міністерства оборони може прийняти рішення використати продукт з цією метою;

- потенційні ризики, пов'язані з таким застосуванням.
