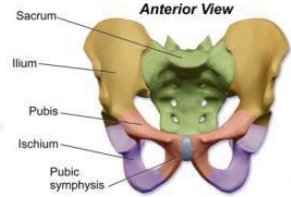
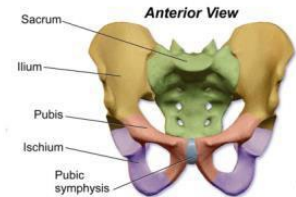
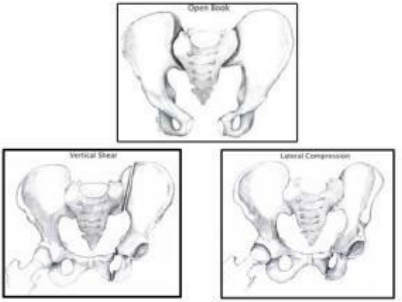
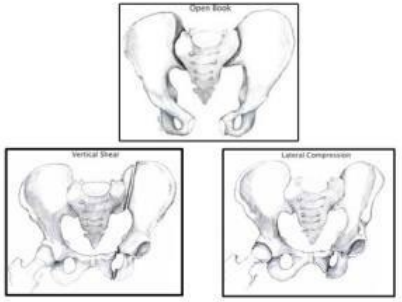
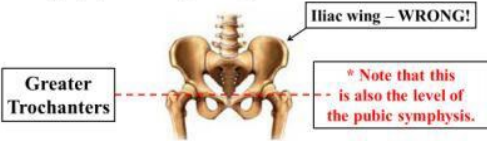
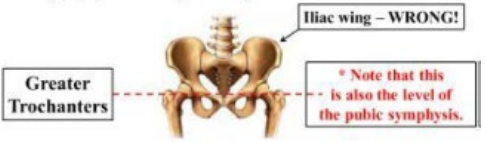




1.	Tactical Combat Casualty Care for Medical Personnel August 2018 (Based on TCCC-MP Guidelines 180801) Tactical Field Care 2a Circulation - Bleeding	Надання допомоги пораненим в умовах бойових дій для медичного персоналу (ТССС-МП) Серпень 2018 (на основі рекомендацій ТССС-МП 18.08.01) Допомога на полі бою (TFC) 2а Кровообіг - кровотеча	Now we'll discuss the management of bleeding in TFC	Зараз ми обговоримо лікування кровотеч в умовах TFC
2.	Disclaimer "The opinions or assertions contained herein are the private views of the authors and are not to be construed as official or as reflecting the views of the Departments of the Army, Air Force, Navy or the Department of Defense." There are no conflict of interest disclosures	Відмова від відповідальності "Погляди або твердження, що містяться в цьому документі, є особистими судженнями авторів і не повинні розглядатися як офіційні або як відображення поглядів департаментів збройних сил, військово-повітряних сил, флоту або Міністерства оборони". Тут не висвітлюється конфлікт інтересів.	Read the disclaimer	прочитайте відмову від відповідальності (?)
3.	LEARNING OBJECTIVES Terminal Learning Objective ▪ Perform Hemorrhage Control in Tactical Field Care Enabling Learning Objective ▪ Describe the progressive strategies, indications, and limitations of controlling external hemorrhage in tactical field care	МЕТА НАВЧАННЯ Кінцева мета навчання ▪ Виконання контролю кровотечі при TFC Реалізація мети навчання ▪ Опис передових стратегій, ознак та методів зупинки зовнішньої кровотечі при TFC	Read the text.	Прочитайте текст.
4.	LEARNING OBJECTIVES Enabling Learning Objectives ▪ Demonstrate the application of a CoTCCC-recommended pelvic compression device in Tactical Field Care ▪ Describe the technique for tourniquet reposition in Tactical Field Care ▪ Identify the indications and methods of tourniquet conversion in Tactical Field Care	МЕТА НАВЧАННЯ Реалізація мети навчання ▪ Демонстрація застосування пристрою для стиснення тазу, що рекомендований CoTCCC при TFC ▪ Описання техніки заміни положення джгута при TFC ▪ Визначення ознак та методів заміни джгута при TFC	Read the text.	Прочитайте текст.
5.	Tactical Field Care Guidelines Bleeding ▪ A pelvic binder should be applied for cases of suspected pelvic fracture: ▪ Severe blunt force or blast injury with one or more of the following indications: - Pelvic pain - Any major lower limb amputation or near amputation - Physical exam findings suggestive of a pelvic fracture - Unconsciousness - Shock	Рекомендації TFC Кровотеча ▪ При підозрі перелому тазу необхідно застосовувати фіксатор тазу: ▪ Важкі травми від тупих предметів чи вибухові травми мають такі ознаки (ознаку) - біль в тазовій області - будь-яка ампутація нижніх кінцівок або стан близький до ампутації - результати фізикального огляду, що свідчать про можливий перелом тазу - непритомність - шок	Read the guideline.	Прочитайте рекомендації.

6.	The Bones of the Pelvis 	Кістки тазу 	The pelvis is a butterfly-shaped group of bones at the base of the spine. The pelvis consists of the pubis, ilium and ischium bones and the sacrum held together by tough ligaments to form one major ring and two smaller rings of bone that support and protect the bladder, intestines and rectum.	Таз – це група кісток, яка має форму метелика і є основою для хребта. Таз складається з лобкової, клубової та сідничної кісток, які через криж, з'єднуються жорсткими зв'язками, формуючи одне велике коло та два менших кола кісток, які підтримують та захищають сечовий міхур, кишківник та пряму кишку
7.	Treatment of Suspected Pelvic Fractures in TCCC	Лікування при підозрі на перелом тазу при TCCC	Fractures of the pelvis are uncommon and range widely from mild (if the minor ring is broken) to severe (if the major ring is broken). Pelvic rings often break in more than one place. When you suspect the casualty may have a pelvic fracture, you should apply a pelvic binder. The binder is the field treatment.	Переломи тазу зустрічаються доволі рідко і можуть широко варіювати від легких (при переломі малого кола кісток) до важких (при переломі великого кола кісток). Тазове кільце найчастіше ламається в одразу кількох місцях. Якщо ви підозрюєте, що поранений має перелом тазу, ви повинні накласти тазовий фіксатор. Фіксатор застосовується на полі бою.
8.	Life-threatening Pelvic Fractures Open book Vertical shear Lateral compression 	Загрозливі для життя переломи тазу Відкрита книга Вертикальний зсув Бічне стиснення 	In an open book pelvis injury, the front of the pelvis opens like a book. This injury results in tears of the strong pelvic ligaments that hold the pelvis bones together at the symphysis pubis and the sacroiliac joints. In a vertical shear pelvis injury, one half of the pelvis is forcefully shifted upward. In a lateral crush injury, half of the pelvis is crushed either inward or outward. In each of these types of injury, large arteries and veins can get torn resulting in massive blood loss that can threaten the casualty's life.	При переломі у вигляді відкритої книги, передня (фронтальна) частина тазу відкривається як книга. Ця травма виникає внаслідок розриву міцних тазових зв'язок, які утримують тазові кістки разом в місці лобкового симфізу та крижово-клубового суглобів. При травмі тазу у вигляді вертикального зсуву, одна половина тазу під дією зовнішніх сил зміщується доверху. При поперечному переломі половина тазу ламається досередини чи назовні. При кожному з цих типів перелому, великі судини можуть бути пошкоджені, що призведе до масивної крововтрати, яка загрожуватиме життю пораненого.
9.	Pelvic Fractures in Combat Casualties - Most commonly associated with dismounted IED attacks accompanied by amputations - May also occur in severe blunt trauma (such as motor vehicle crashes, aircraft mishaps, hard parachute landings, and falls from a height) 26% of service members who died in OEF/OIF had a pelvic fracture. - Bleeding pelvic fractures with hemodynamic instability have up to 40% mortality	Переломи тазу при бойовому пораненні - Найбільш часто пов'язані з розривом саморобного вибухового пристрою, що призводить до ампутацій кінцівок - Може також виникати при важкій тупій травмі (наприклад, при ДТП, повітряних аваріях, жорстких приземленнях при стрибках з парашутом, а також при падіннях з висоти) 26% службовців, що загинули при операціях в OEF/OIF (операція «Нескорена свобода» та операція «Свобода Іраку») мали переломи тазу - Кровотечі при переломах тазу з гемодинамічною нестабільністю призводять до смертності у 40%.	Read the text	Прочитайте текст.

10.	Pelvic Fractures and Lower Limb Amputations due to Dismounted IEDs 77 consecutive patients with traumatic lower limb amputation after stepping on an IED - Associated pelvic fracture: - Unilateral amputation: 10% - Bilateral amputation: 30% - Bilateral above-knee amputation: 39% - Overall, 22% had associated pelvic fractures “This study demonstrates a high incidence of pelvic fractures in patients with traumatic lower limb amputations, supporting routine pre-hospital application of pelvic binders in this patient group”	Переломи тазу та ампутації нижніх кінцівок при піших пораненнях на саморобних вибухових пристроях 77 послідовних пацієнтів з травматичною ампутацією нижніх кінцівок після наступання на саморобні вибухові пристрої - Поєднаний перелом тазу: - Одностороння ампутація – 10% - Двостороння ампутація – 30% - Двостороння ампутація вищеколіна – 39% від загальної кількості 22% мали поєднаний перелом тазу «Це дослідження демонструє високу частоту переломів в тазу у пацієнтів з травматичною ампутацією нижніх кінцівок, що доводить доцільність планового догоспітального застосування тазового фіксатора в даній групі пацієнтів»	This study by Cross in 2014 is based upon data from the United Kingdom’s Joint Theater Trauma Registry.	Це дослідження проведене Cross в 2014 році ґрунтується на даних з Об’єднаного Королівського реєстру травматології
11.	What Exam Findings Are Suggestive of a Pelvic Fracture? Exam Findings: - Pelvic pain - Laceration or bruising at bony prominences of the pelvic ring - Deformed or unstable pelvis - Unequal leg length - Scrotal, perineal, or perianal bruising - Blood at the urethral meatus - Massive hematuria - Blood in the rectum or vagina - Neurologic deficits in lower extremities	Які результати обстеження вказують на можливий перелом тазу? Результати огляду: - Біль в ділянці тазу - Розрив або гематома в місцях виступів тазового кільця - Деформований або нестійкий таз - Різна довжина ніг - Синці в ділянці мошонки, промежини чи періанальній ділянці - Кров з сечовипускного каналу - Масивна гематурія - Кров у прямій кишці чи у піхві - Неврологічний дефіцит в нижніх кінцівках	Durkin A, Sagi HC, Durham R, et al. Contemporary management of pelvic fractures. Am J Surg. 2006;192:222.	Durkin A, Sagi HC, Durham R, et al. Сучасне лікування переломів тазу. Am J Surg. 2006;192:222.
12.	What Type of Pelvic Binder Should Be Used? There are 3 commercially available pelvic binders: The Pelvic Binder The T-POD The SAM Pelvic Sling II The Pelvic Binder  The T-POD  The SAM Pelvic Sling II 	Які типи тазових фіксаторів можуть бути застосовані? Існують 3 найбільш відомі тазові фіксатори Pelvic Binder T-POD Шина для іммобілізації тазу SAM Pelvic Sling II The Pelvic Binder  The T-POD  The SAM Pelvic Sling II 	Read the text.	Прочитайте текст
13.	What Type of Pelvic Binder Should Be Used? Two types of junctional tourniquets may also serve as pelvic binders:	Які типи тазових фіксаторів можуть бути застосовані? Два типи сполучних джгутів можуть також застосовуватись як фіксатори тазу	Read the text.	Прочитайте текст

	▪ The SAM Junctional Tourniquet ▪ The Junctional Emergency Treatment Tool • The SAM Junctional Tourniquet  • The Junctional Emergency Treatment Tool 	▪ SAM сполучний турнікет (SAM Junctional Tourniquet) ▪ Засіб для сполучення для невідкладної допомоги • The SAM Junctional Tourniquet  • The Junctional Emergency Treatment Tool 		
14.	What Type of Pelvic Binder Should Be Used? ▪ Any of these five devices may be used as a pelvic binder: ▪ Pelvic Binder ▪ T-Pod ▪ SAM Pelvic Sling II ▪ SAM Junctional Tourniquet ▪ Junctional Emergency Treatment Tool	Які типи тазових фіксаторів можуть бути застосовані? ▪ Будь-який з цих 5 пристроїв може бути застосований як тазовий фіксатор ▪ Pelvic Binder ▪ T-Pod ▪ SAM Шина для іммобілізації тазу ▪ SAM сполучний турнікет ▪ З'єднаний інструмент невідкладної допомоги	Read the text.	Прочитайте текст
15.	Placement of a Pelvic Binding Device ▪ At the level of greater trochanters, NOT the iliac wings (top of the hip bone.) ▪ In one study 40% of the pelvic binders were placed too high, resulting in inadequate reduction of the pelvic fracture and possibly increased bleeding. ▪ Note dotted line is the level of pubic symphysis. 	Розміщення (постановка) пристрою для тазової фіксації ▪ На рівні великих трохантерів, але не на рівні крил клубових кісток(вершина стегнової кістки) ▪ В одному дослідженні було виявлено, що 40% тазових фіксаторів розміщують занадто високо, що призводить до невеликого зменшення переломів тазу та можливого збільшення кровотечі. ▪ Зверніть увагу, що пунктирна лінія – це рівень лобкового симфізу. 	A note on placement: pelvic binders should be placed at the level of the greater trochanters of the femurs, and not up around the iliac wings.	Примітка щодо розміщення: тазовий фіксатор повинен бути розміщений на рівні великого трохантеру стегнової кістки, а не поблизу крил клубових кісток
16.	Don't Forget! ▪ External rotation of the lower extremities is commonly seen in persons with displaced pelvic fractures. ▪ This may increase the dislocation of pelvic fragments. ▪ External rotation can be prevented or reduced by securing the knees or feet together, improving the effect achieved by the pelvic binder. ▪ Don't logroll casualties with suspected pelvic fractures – this may increase internal bleeding.	Не забудьте! ▪ Зовнішнє обертання нижніх кінцівок часто спостерігається у осіб з переломами тазу ▪ Це може збільшити зміщення фрагментів тазу ▪ Зовнішнє обертання може бути попереджене або зменшене за допомогою мобілізації колін чи стоп разом, що покращує ефективність тазового фіксатора ▪ Не повертайте пораненого з можливим переломом тазу – це може збільшити внутрішню кровотечу.	Read the text.	Прочитайте текст
17.	Don't Forget! ▪ Once a binder is on, if additional procedures at the Role II require access to the abdomen or groin (i.e., REBOA), the binder may be moved down to the upper thigh. This will	Не забудьте! ▪ Після застосування тазового фіксатора, якщо необхідно провести додаткові маніпуляції в медичному пункті батальйону (Role II), які	Reminder for physicians and anyone providing prolonged care in the field.	Нагадайте лікарям і кожному, хто надає тривалу допомогу на полі бою

	limit external rotation and minimize the reopening of the pelvis. If definitive care is delayed beyond approximately 8-12 hours, the need for a binder should be reassessed and the binder loosened if the patient remains hemodynamically stable.	потребують доступу до живота чи промежини (наприклад, застосування REBOA (балонної оклюзії аорти)), фіксатор тазу може бути зміщена донизу до верхньої частини стегна. Це обмежить зовнішнє обертання та мінімізує повторне відкриття тазу Якщо остаточний огляд відкладається до 8-12 год, потреба у фіксаторі повинна бути переоцінена, а фіксатор ослаблений, якщо пацієнт залишається гемодинамічно стабільним.		
18.	Don't Forget! Pelvic binders may mask presence of pelvic fracture on CT scanning. 	Не забудьте! Тазовий фіксатор може маскувати наявність перелому тазу на КТ-дослідження 	This is a reminder for physicians receiving casualties.	Це нагадування для лікарів, які надають допомогу пораненим на подальших етапах
19.	Pelvic Binding Device Practical	Практичне застосування фіксаторів тазу	Separate into small groups of up to six students per instructor. Practice with the device that your unit will be using.	Поділіть учнів на невеликі групи до 6 осіб на одного інструктора. практикуйте використання того фіксатора, який буде наявний у вашому підрозділі
20.	Tactical Field Care Guidelines Bleeding (continued) Reassess prior tourniquet application. Expose the wound and determine if a tourniquet is needed. If it is needed, replace any limb tourniquet placed over the uniform with one applied directly to the skin 2-3 inches above the bleeding site. Ensure that bleeding is stopped. If there is no traumatic amputation, a distal pulse should be checked. If bleeding persists or a distal pulse is still present, consider additional tightening of the tourniquet or the use of a second tourniquet side-by-side with the first to eliminate both bleeding and the distal pulse. If the reassessment determines that the prior tourniquet was not needed, then remove the tourniquet and note time of removal on the TCCC Casualty Card.	Рекомендації TFC Кровотеча. Перевірте раніше накладений джгут. Розкрийте рану та переконайтесь чи потрібний джгут. Якщо джгут потрібний, перемістіть його з уніформи на шкіру 5-8 см вище рани. Перевірте чи кровотеча зупинилась. Якщо обставини дозволяють, перевірте наявність пульсу нижче рани. Якщо кровотеча продовжується і наявна пульсація дистальніше, затягніть джгут сильніше або застосуйте другий джгут вище першого до повної відсутності пульсації. Якщо повторна оцінка вказує на те, що джгут не потрібний, то зніміть джгут і відмітьте час зняття на картці пораненого TCCC	Read the text.	Прочитайте текст
21.	Tourniquets: Points to Remember Tightening the tourniquet enough to eliminate the distal pulse will help to ensure that all bleeding is stopped, and that there will be no damage to the extremity from blood entering the extremity but not being able to get out.	Джгути: варто запам'ятати Затягування джгута для достатньої зупинки дистальної пульсації може допомогти переконатися, що кровотеча зупинена і що не буде пошкодження кінцівки від крові, яка поступає до кінцівки, але не може витекти.	Although a tourniquet may stop the active bleeding, it also prevents venous blood from returning to the heart. If arterial blood continues to flow past the tourniquet, pressure can build up distally in the limb and create a compartment syndrome. This is why the tourniquet should be tightened until there is no longer a distal pulse even if bleeding is controlled – to minimize the chance of	Хоча джгут може зупинити активну кровотечу, він також попереджує повернення венозної крові до серця. Якщо артеріальна кровотеча триває, незважаючи на накладений джгут, тиск на дистальну частину може спричинити синдром стиснення (компартмент-синдром). Саме тому джгут необхідно накладати до повної відсутності дистального пульсу, навіть

			harm from a developing compartment syndrome. Compartment Syndrome can cause unnecessary loss of the extremity.	якщо кровотеча зупинена – для мінімізації шансу розвитку компартмент-синдрому. Компартмент-синдром може спричинити невинуватену втрату кінцівки
22.	Tourniquet Repositioning 1. Expose the wound(s) and place a second tourniquet 2-3 inches above the most proximal bleeding site. 2. Loosen the “high-and-tight” tourniquet.	Переміщення джгута 1. Відкрийте рану і встановіть другий джгут на 5-8 см вище найбільш проксимального місця кровотечі. 2. розпустіть “високий і тісний” джгут.	Video is not available in this document.	Відео недоступне в цьому документі.
23.	Tourniquet Repositioning ▪ It is better to wait to route the self-adhering strap of the second tourniquet through its securing clips and securing it with the safety strap until you have loosened the first tourniquet and assured the bleeding is controlled by the second tourniquet. ▪ You may have to further tighten the second tourniquet. Comments on the Video from the CoTCCC Staff	Перестановка джгута ▪ краще зачекати, щоб ремінь другого джгута був надійно закріплений за допомогою його затискачів та кріплень, поки ви не почали ослаблювати перший джгут для того, щоб ви були впевнені в контролі кровотечі другим джгутом ▪ можливо вам доведеться накласти другий джгут ще сильніше Коментарі на відео від працівників CoTCCC	Don't lock down the rod of the second tourniquet until you loosen the first tourniquet and see that the second is tight enough to control the bleeding.	Не заблокуйте основну частину другого джгута. Ви ослабите перший джгут і побачите, що другий джгут надійно контролює кровотечу.
24.	Tourniquets: Points to Remember ▪ Damage to the arm or leg is rare if the tourniquet is left on for less than two hours. ▪ Tourniquets are often left in place for several hours during surgical procedures. ▪ In the face of massive extremity hemorrhage, it is better to accept the small risk of damage to the limb than to have a casualty bleed to death.	Джгути: Слід пам'ятати ▪ Кінцівки рідко пошкоджуються при накладанні джгута на них менше двох годин ▪ Джгути часто застосовуються на декілька годин під час хірургічних втручань. ▪ Коли ви зустрічаєтесь з масивною кровотечею, краще допустити низьку можливість пошкодження кінцівки, ніж дозволити пораненому померти від кровотечі	Read the guideline.	Прочитайте рекомендації
25.	Tactical Field Care Guidelines Circulation Bleeding (continued) ▪ Limb tourniquets and junctional tourniquets should be converted to hemostatic or pressure dressings as soon as possible if three criteria are met: 1. the casualty is not in shock; 2. it is possible to monitor the wound closely for bleeding; 3. and the tourniquet is not being used to control bleeding from an amputated extremity. ▪ Every effort should be made to convert tourniquets in less than 2 hours if bleeding can be controlled with other means. Do not remove a tourniquet that has been in place more than 6 hours unless close monitoring and lab capability are available.	Рекомендації TFC Кровообіг Кровотечі ▪ Джгути для кінцівок і вузлові джгути повинні бути змінені на кровоспинні або стискаючі пов'язки якомога швидше при виконанні трьох умов: 1. потерпілий не в стані шоку, 2. можна контролювати наявність кровотечі в рані і 3. джгут не використовується для контролювання кровотечі при ампутації кінцівки. ▪ Намагайтесь замінити джгути до 2-ох годин, якщо кровотеча може бути зупинена іншими засобами. Не знімайте джгут, який був накладений більше 6 годин тому, хіба під пильним наглядом і при застосуванні лабораторних досліджень.	Read the text	Прочитайте текст
26.	Tourniquets: Points to Remember	Джгути: слід запам'ятати	Read the text	Прочитайте текст

	- Every effort should be made to convert tourniquets in less than 2 hours if bleeding can be controlled by other means. If bleeding remains controlled with Combat Gauze, leave the loosened tourniquet in place. If the bleeding is not controlled with Combat Gauze, re-tighten the tourniquet until bleeding stops. - Restoring blood flow to the limb by transitioning to Combat Gauze at the 2-hour mark will minimize the chance of ischemic damage due to the tourniquet.	- Мають бути докладені всі зусилля для того, щоб змінити джгут менше, ніж за 2 години, якщо кровотеча може бути зупинена іншими способами. Якщо кровотеча лишається під контролем за допомогою Combat Gauze, залиште послаблений джгут на місці. Якщо кровотеча не зупиняється за допомогою Combat Gauze, перезатягніть джгут до тих пір, поки кровотеча не зупиниться. - Відновлення кровопостачання до кінцівок за допомогою зміни джгута на пов'язку Combat Gauze до 2 годин зменшить можливість ішемічного ушкодження з приводу джгут		
27.	Tourniquet Conversion 1. Expose the wound(s). 	Заміна джгута 1. відкрийте для огляду рану. 	Converting a tourniquet to a hemostatic dressing is a simple stepwise procedure. The first step is to expose the wound by cutting away the overlying uniform. The following sequence of slides shows the conversion of a tourniquet placed "high-and tight" during Care Under Fire, but the procedure is the same for conversion of a tourniquet placed anywhere.	Перетворення джгута на гемо статичну пов'язку – це проста покрокова процедура. Перший крок – розкрийте рану розрізаючи одяг понад раню. Наступна послідовність кроків показує перетворення джгута, що розміщений «високо-та-щільно» під час надання допомоги під вогнем, але ця процедура є такою ж для перетворення джгута будь-де.
28.	Tourniquet Conversion 2. Apply Combat Gauze and pressure dressing 	Заміна джгута 2. Застосуйте Combat Gauze і стискаючу пов'язку. 	Read the text.	Прочитайте текст.
29.	Tourniquet Conversion 3. Loosen "high-and-tight" tourniquet and move it down to just above the pressure dressing. (Leave it loose here just in case it's needed later.) 4. Monitor for re-bleeding. 	Заміна джгута 3. Послабте "високий і тісний" джгут і посуньте його нижче до стискаючої пов'язки. (Не знімайте послаблений джгут на випадок, якщо він ще може бути потрібним) 4. Спостерігайте чи не відновиться кровотеча 	Read the text.	Прочитайте текст
30.	Tourniquets: Points to Remember - If the transition to Combat Gauze at 2 hours failed, try again at 6 hours using the steps outlined in the previous slides. - Do not release the tourniquet after 6 hours of application unless close monitoring and lab support are available to evaluate for metabolic complications of prolonged tourniquet use.	Джгути: слід запам'ятати - Якщо через 2 години після накладання джгута не вдалось замінити джгут, спробуйте ще раз протягом 6-годин від часу поранення - Не послабляйте джгут після 6 годин застосування, якщо пильний нагляд і застосування лабораторних досліджень недоступні для оцінки метаболічних ускладнень від тривалого використання джгута	Release of a tourniquet that has been in place for some time typically results in acidosis, hyperkalemia, and rhabdomyolysis. These conditions will require monitoring and treatment in a medical treatment facility.	Послабте розміщений джгут для профілактики ацидозу, гіперкаліємії та рабдоміолізу. Ці стани потребують спостереження та лікування в лікувальному закладі.

31.	Tourniquets: Points to Remember Do not convert the tourniquet if: ▪ The casualty is in shock. ▪ You cannot closely monitor the wound for re-bleeding. ▪ The extremity distal to the tourniquet has been traumatically amputated. ▪ The tourniquet has been on for more than 6 hours. ▪ The casualty will arrive at a medical treatment facility within 2 hours after time of application. ▪ Tactical or medical considerations make transition to other hemorrhage control methods inadvisable.	Джгути: слід запам'ятати Не змінюйте джгут якщо: ▪ Поранений в стані шоку. ▪ Ви не можете ретельно оглянути рану на наявність відновлення кровотечі. ▪ Кінцівка дистальніше від джгута була травматично ампутована. ▪ Джгут був накладений більше ніж 6 годин тому. ▪ Поранений буде доставлений в медично-лікувальний заклад впродовж 2 годин з моменту накладення джгута. ▪ Тактичні чи медичні міркування про інші методи контролю кровотечі є нерекомендованими	Pay very close attention to these rules about tourniquet removal.	Зверніть пильну увагу на ці правила зняття джгута.
32.	Tourniquets: Points to Remember ▪ Only medics, physician assistants, or physicians should re-position or convert tourniquets.	Джгути: слід запам'ятати ▪ Тільки військовий парамедик/санітар, PJ, а РА або лікар можуть послабляти джгут.	Read the text.	Прочитайте текст
33.	Tactical Field Care Guidelines Circulation Bleeding (continued) ▪ Expose and clearly mark all tourniquets with the time of tourniquet application. Note tourniquets applied and time of application; time of re-application; time of conversion; and time of removal on the TCCC Casualty Card. Use a permanent marker to mark on the tourniquet and the casualty card.	Рекомендації TFC Кровообіг кровотеча (продовження) ▪ Виявити та чітко промаркувати джгути з зазначенням часу накладання джгута. Зверніть увагу на час накладання джгута, час його повторного накладання, час конверсії та час зняття на картці пораненого ТССС. Використовуйте стійкий маркер, щоб позначити джгут та картку пораненого	Read the guideline. Documentation of all actions taken with regard to tourniquets is important.	Прочитайте рекомендації. Документація усіх дій щодо джгута є дуже важливою.