

Summary of 2021 Changes	Підсумок Змін 2021
New wording to TCCC guidelines	Нова редакція керівних принципів ТССС
3. Massive hemorrhage b. CoTCCC-Recommended is removed from junctional tourniquets. No specific products are recommended by the CoTCCC. End users should select any FDA-approved device that is indicated for junctional hemorrhage control.	3. Hemorragia masiva b. CoTCCC-Recommended видаляється із сполучний турнікет. CoTCCC не рекомендує жодних конкретних продуктів. Кінцеві користувачі повинні вибрати будь-який схвалений FDA пристрій, призначений для контролю крововиливів у вузлах.
4. Airway Management d. Removes Cric-Key technique as preferred option for surgical cricothyroidotomy and remove “least desirable option” from the standard open surgical technique. Units and end users should use the technique they are best trained to execute. Airway Notes: Removes iGel as the preferred extraglottic airway. Units may still use iGel if mission are at high elevation or evacuation is at high altitudes.	4. Управління дихальними шляхами d. Видаляє техніку Cric-Key як бажаний варіант для хірургічної крикотиреоїдотомії та видаляє «найменш бажаний варіант» зі стандартної відкритої хірургічної техніки. Підрозділи та кінцеві користувачі повинні використовувати техніку, якій вони найкраще підготовлені. Примітки щодо дихальних шляхів: Видаляє iGel як бажаний позаглотковий дихальний шлях. Підрозділи все ще можуть використовувати iGel, якщо місія знаходиться на великій висоті або евакуація відбувається на великій висоті.
6. Analgesia – adjust Ketamine IV/IO dosing to 20-30 mg (or 0.2 – 0.3 mg/kg)	6. Аналгезія – відрегулювати дозу кетаміну IV/IO до 20-30 мг (або 0,2-0,3 мг/кг)
12. Inspect and dress known wounds b. Adds the preference of cleaning abdominal evisceration with clean and warm water if possible; clarifies guidance on conditions to attempt reduction of abdominal contents; that patient should remain NPO and NOT be administered oral medicals (Combat Wound Medication pack) and removes prolonged care considerations (now covered in separate PCC guidelines).	12. Оглянути та перев'язати відомі рани б. Додає перевагу очищенню черевної нутрощі чистою і теплою водою, якщо це можливо; уточнює вказівки щодо умов спроби скорочення вмісту черевної порожнини; що пацієнту слід залишатися NPO і НЕ отримувати пероральних лікарських засобів (комплект ліків Combat Wound Medication), а також усуває міркування щодо тривалого догляду (тепер описано в окремих рекомендаціях PCC).

Summary of 2020 Changes	Підсумок Змін 2020
New wording to TCCC guidelines	Нова редакція керівних принципів ТССС
Tactical Field Care & TACEVAC Care Early use of Tranexamic Acid (TXA) The literature continues to provide strong support for the early use of tranexamic acid (TXA) in severely injured trauma patients. (1) Questions persist, however, regarding the optimal medical and tactical/logistical use, timing, and dose of this medication, both from the published TXA literature and from the TCCC user community. The use of TXA has been explored outside of trauma, new dosing strategies have been pursued, and expansion of retrospective use data has grown as well. These questions emphasize the need for a reexamination of TXA by the CoTCCC. The most significant updates to the TCCC Guidelines are (i) including significant traumatic brain injury (TBI) as an indication for TXA, (ii) changing the dosing protocol to a single 2g IV/IO administration, and (iii) providing for administration via IV/IO push. c. Tranexamic Acid •If a casualty will likely need a blood transfusion (for example: presents with hemorrhagic shock, elevated lactate, one or more major amputations, penetrating torso trauma, or evidence of severe bleeding) OR •If the casualty has signs or symptoms of significant TBI or has altered mental status associated with blast injury or blunt trauma: –Administer 2g of tranexamic acid via slow IV or IO push as soon as possible but NOT later than 3 hours after injury.	Тактичний польовий догляд і догляд за TACEVAC Раннє застосування транексамової кислоти Література продовжує надавати серйозну підтримку ранньому застосуванню транексамової кислоти (ТХА) у пацієнтів із тяжкими травмами. (1) Однак залишаються питання щодо оптимального медичного та тактичного/логістичного використання, часу та дози цього препарату, як з опублікованої літератури ТХА, так і зі спільноти користувачів ТССС. Використання ТХА було досліджено за межами травми, були розроблені нові стратегії дозування, а також збільшилося розширення даних про ретроспективне використання. Ці питання підкреслюють необхідність повторної експертизи ТХА CoTCCC. Найважливіші оновлення рекомендацій ТССС: (i) включення значної черепно-мозкової травми (ЧМТ) як показання для ТХА, (ii) зміна протоколу дозування на одноразове в/в введення 2 г і (iii) забезпечення введення через IV/IO push. с. Транексамова кислота (ТХА) •Якщо потерпілому, ймовірно, знадобиться переливання крові (наприклад: у нього геморагічний шок, підвищений вміст лактату, одна або кілька великих ампутацій, проникаюча травма тулуба або ознаки сильної кровотечі) АБО •Якщо потерпілий має ознаки чи симптоми значної ЧМТ або має змінений металевий статус, пов'язаний із вибуховою травмою чи тупою травмою: – Введіть 2 г транексамової кислоти шляхом повільного внутрішньовенного або внутрішньовенного натискання якомога швидше, але НЕ пізніше ніж через 3 години після травми.
Tactical Field Care & Tactical Evacuation Care 7. Hypothermia Prevention a. Take early and aggressive steps to prevent additional body heat loss and add external heat when possible for trauma and severely burned casualties. b. Minimize casualty's exposure to cold ground, wind, and air temperatures. Place insulation material between the casualty and any cold	Тактичний польовий догляд і догляд за TACEVAC 7. Профілактика гіпотермії а. Вживайте ранніх і агресивних заходів, щоб запобігти додатковій втраті тепла тілом, і додайте зовнішнє тепло, якщо це можливо, для травм і серйозних опіків. б. Звести до мінімуму вплив на постраждалого від холоду землі, вітру та температури повітря. Помістіть ізоляційний матеріал між потерпілим і будь-якою



<p>surface as soon as possible. Keep protective gear on or with the casualty if feasible.</p> <p>c. Replace wet clothing with dry clothing, if possible, and protect from additional heat loss.</p> <p>d. Place an active heating blanket on the casualty's anterior torso and under the arms in the axillae (to prevent burns, do not place any active heating source directly on the skin or wrap around the torso).</p> <p>e. Enclose the casualty in the exterior impermeable enclosure bag.</p> <p>f. As soon as possible, upgrade a hypothermia enclosure system to a well-insulated enclosure system using a hooded sleeping bag or other readily available insulation inside the enclosure bag/external vapor-barrier shell.</p> <p>g. Pre-stage an insulated hypothermia enclosure system with external active heating for transition from the noninsulated hypothermia enclosure systems; seek to improve on existing enclosure system when possible.</p> <p>h. Use a battery-powered warming device to deliver IV resuscitation fluids, in accordance with current CoTCCC guidelines, at flow rate up to 150mL/min with a 38°C (100°F) output temperature.</p> <p>i. Protect the casualty from exposure to wind and precipitation on any evacuation platform.</p>	<p>холодною поверхнею якомога швидше. Тримайте захисне спорядження на потерпілому або поруч із ним, якщо це можливо.</p> <p>с. Замініть мокрий одяг сухим, якщо це можливо, і захистіть від додаткових тепловтрат.</p> <p>д. Покладіть активну нагрівальну ковдру на передню частину тулуба потерпілого та під пахви в пахвових западинах (щоб запобігти опікам, не кладіть активне джерело нагрівання безпосередньо на шкіру та не обгортайте тулуб).</p> <p>е. Помістіть постраждалого у зовнішній непроникний мішок.</p> <p>ф. Якомога швидше оновіть систему вольєрів для гіпотермії до добре ізольованої системи вольєрів, використовуючи спальний мішок з капюшоном або інший легкодоступний утеплювач всередині мішка/зовнішнього пароізоляційної оболонки.</p> <p>г. Попередня стадія ізольованої системи переохолодження із зовнішнім активним обігрівом для переходу з неізольованих систем гіпотермічних огорож; намагатися вдосконалити існуючу систему огорож, коли це можливо.</p> <p>ч. Використовуйте нагрівальний пристрій з живленням від батареї для доставки внутрішньовенних реанімаційних рідин відповідно до поточних рекомендацій CoTCCC зі швидкістю потоку до 150 мл/хв з вихідною температурою 38°C (100°F). Я захистіть постраждалого від впливу вітру та опадів на будь-якій евакуаційній платформі.</p>
<p>Management of Hypothermia in Tactical Combat Casualty Care</p> <p>As an outcome of combat injury and hemorrhagic shock, trauma-induced hypothermia (TIH) and the associated coagulopathy and acidosis result in significantly increased risk for death. In an effort to manage TIH, the Hypothermia Prevention and Management Kit™ (HPMK) was implemented in 2006 for battlefield casualties. Recent feedback from operational forces indicates that limitations exist in the HPMK to maintain thermal balance in cold environments, due to the lack of insulation. Consequently, based on lessons learned, some US Special Operations Forces are now upgrading the HPMK after short-term use (60 minutes) by adding insulation around the casualty during training in cold environments. Furthermore, new research indicates that the current HPMK, although better than no hypothermia protection, was ranked last in objective and subjective measures in volunteers when compared with commercial and user-assembled external warming enclosure systems. On the basis of these observations and research findings, the Committee on Tactical Combat Casualty Care decided to review the hypothermia prevention and management guidelines in 2018 and to update them on the basis of these facts and that no update has occurred in 14 years. Recommendations are made for minimal costs, low cube and weight solutions to create an insulated HPMK, or when the HPMK is not readily available, to create an improvised hypothermia (insulated) enclosure system.</p>	<p>Лікування гіпотермії в тактичному бойовому догляді за пораненими</p> <p>Як результат бойової травми та геморагічного шоку, травма-індукована гіпотермія (ТІН) і пов'язані з ними коагулопатія та ацидоз призводять до значного підвищення ризику смерті. З метою управління ТІН у 2006 році для постраждалих на полі бою було впроваджено Набір для запобігання та управління гіпотермією™ (НРМК). Останні відгуки від оперативних сил вказують на те, що в НРМК існують обмеження для підтримки теплового балансу в холодному середовищі через відсутність ізоляції. Отже, на основі отриманих уроків, деякі Сили спеціальних операцій США зараз модернізують НРМК після короткочасного використання (60 хвилин), додаючи ізоляцію навколо постраждалого під час навчання в холодному середовищі. Крім того, нове дослідження вказує на те, що поточний НРМК, хоча і є кращим, ніж відсутність захисту від гіпотермії, займає останнє місце за об'єктивними та суб'єктивними показниками у волонтерів у порівнянні з комерційними та встановленими користувачами зовнішніми системами утеплення. На основі цих спостережень та результатів дослідження Комітет з тактичної допомоги пораненим у бою вирішив переглянути рекомендації щодо запобігання переохолодженню та лікування у 2018 році та оновити їх на основі цих фактів і того, що жодного оновлення не відбулося протягом 14 років. Зроблено рекомендації щодо мінімальних витрат, малого куба та ваги для створення ізольованого НРМК або, коли НРМК недоступний, для створення імпровізованої системи гіпотермічного (ізольованого) корпусу.</p>

<p>Summary of 2019 Changes</p>	<p>Підсумок Змін 2019</p>
<p>Management of Hemorrhage From Craniomaxillofacial Injuries and Penetrating Neck Injury in Tactical Combat Casualty Care.</p> <p>iTClamp Mechanical Wound Closure Device</p>	<p>Лікування кровотечі від черепно-щелепно-лицевих поранень і проникаючого поранення шиї в тактичному бою.</p> <p>Механічний пристрій для закриття ран iTClamp</p>
<p>The 2012 study Death on the battlefield (2001–2011) by Eastridge et al. demonstrated that 7.5% of the prehospital deaths caused by potentially survivable injuries were due to external hemorrhage from the cervical region. There has been a significant proportional increase in head and neck wounds, which may result in difficult to control hemorrhage. More than 50% of combat wounded personnel will receive a head or neck wound. The iTClamp (Innovative Trauma Care Inc., Edmonton, Alberta, Canada) is the first and only hemorrhage control device that uses the hydrostatic pressure of a hematoma to tamponade bleeding from an injured vessel within a wound. The iTClamp is US Food and Drug Administration (FDA) approved for use on multiple sites and works in all compressible areas, including on large and irregular lacerations. The iTClamp's unique design makes it ideal for controlling external hemorrhage in the head and neck region. The</p>	<p>Дослідження 2012 року «Смерть на полі бою» (2001–2011) Істріджа та ін. продемонстрували, що 7,5% догоспітальних смертей, спричинених травмами, які можуть вижити, були викликані зовнішнім крововиливом із шийного відділу. Відбулося значне пропорційне збільшення ран голови та шиї, що може призвести до важкоконтрольованої кровотечі. Понад 50% бойових поранених отримають поранення голови або шиї. iTClamp (Innovative Trauma Care Inc., Едмонтон, Альберта, Канада) є першим і єдиним пристроєм для контролю кровотечі, який використовує гідростатичний тиск гематоми для тампонування кровотечі з пошкодженої судини в рані. iTClamp схвалено Управлінням з контролю за продуктами і медикаментами США (FDA) для використання на кількох ділянках і працює у всіх зонах, що стискаються, у тому числі на великих та нерегулярних рваних ранах. Унікальний дизайн iTClamp робить його ідеальним для контролю зовнішнього крововиливу в області голови та шиї. iTClamp був</p>



iTClamp has been demonstrated effective in over 245 field applications. The device is small and lightweight, easy to apply, can be used by any level of first responder with minimal training, and facilitates excellent skills retention. The iTClamp reapproximates wound edges with four pairs of opposing needles. This mechanism of action has demonstrated safe application for both the patient and the provider, causes minimal pain, and does not result in tissue necrosis, even if the device is left in place for extended periods. The Committee on TCCC recommends the use of the iTClamp as a primary treatment modality, along with a CoTCCC-recommended hemostatic dressing and direct manual pressure (DMP), for hemorrhage control in craniomaxillofacial injuries and penetrating neck injuries with external hemorrhage.

продемонстрований ефективним у більш ніж 245 польових застосуваннях. Пристрій невеликий і легкий, простий у застосуванні, його може використовувати будь-який рівень швидкого реагування з мінімальною підготовкою та сприяє відмінному утриманню навичок. iTClamp повторно апроксимує краї рани чотирма парами протилежних голок. Цей механізм дії продемонстрував безпечне застосування як для пацієнта, так і для лікаря, викликає мінімальний біль і не призводить до некрозу тканин, навіть якщо пристрій залишається на місці протягом тривалого часу. Комітет з TCCC рекомендує використовувати iTClamp як основний метод лікування разом із рекомендованими CoTCCC гемостатичною пов'язкою та прямим ручним тиском (DMP) для контролю кровотечі при черепно-щелепно-лицевих травмах та проникаючих пораненнях шії із зовнішнім крововиливом.

Summary of 2018 Changes	Підсумок Змін 2018
<p>Management of Suspected Tension Pneumothorax in Tactical Combat Casualty Care</p>	<p>Лікування підозрюваного напруженого пневмотораксу в тактичному бойовому наданні допомоги пораненим</p>
<p>This change updates the recommendations for management of suspected tension pneumothorax for combat casualties in the prehospital setting does the following things:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Continues the aggressive approach to suspecting and treating tension pneumothorax based on mechanism of injury and respiratory distress that TCCC has advocated for in the past, as opposed to waiting until shock develops as a result of the tension pneumothorax before treating. The new wording does, however, emphasize that shock and cardiac arrest may ensue if the tension pneumothorax is not treated promptly. 2. Adds additional emphasis to the importance of the current TCCC recommendation to perform needle decompression (NDC) on both sides of the chest on a combat casualty with torso trauma who suffers a traumatic cardiac arrest before reaching a medical treatment facility. 3. Adds a 10 gauge, 3.25 inch needle/catheter unit as an alternative to the previously recommended 14 gauge, 3.25 inch needle/catheter unit as recommended devices for needle decompression. 4. Designates the location at which NDC should be performed as either the lateral site (5th intercostal space {ICS} at the anterior axillary line {AAL}) or the anterior site (2nd ICS at the midclavicular line {MCL}). For the reasons enumerated in the body of the change paper, participants on the 14 December 2017 TCCC Working Group teleconference favored including both potential sites for NDC without specifying a preferred site. 5. Adds two key elements to the description of the NDC procedure: insert the needle/catheter unit at a perpendicular angle to the chest wall all the way to the hub, then hold the needle/catheter unit in place for 5-10 seconds before removing the needle in order to allow for full decompression of the pleural space to occur. 6. Defines what constitutes a successful NDC, using specific metrics such as: an observed hiss of air escaping from the chest during the NDC procedure; a decrease in respiratory distress; an increase in hemoglobin oxygen saturation; and/or an improvement in signs of shock that may be present. 7. Recommends that only two needle decompressions be attempted before continuing on to the "Circulation" portion of the TCCC Guidelines. After two NDCs have been performed, the combat medical provider should proceed to the fourth element in the "MARCH" algorithm and evaluate/treat the casualty for shock as outlined in the Circulation section of the TCCC Guidelines. Eastridge's landmark 2012 paper documented that noncompressible hemorrhage caused many more combat fatalities than tension pneumothorax. <p>Since the manifestations of hemorrhagic shock and shock from tension pneumothorax may be similar, the TCCC Guidelines now recommend proceeding to treatment for hemorrhagic shock (when present) after two NDCs have been performed.</p>	<p>Ця зміна оновлює рекомендації щодо лікування підозрюваного напруженого пневмотораксу для бойових потерпілих на догоспітальному етапі:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Продовжує агресивний підхід до підозри та лікування напруженого пневмотораксу на основі механізму травми та респіраторного дистресу, за який TCCC виступав у минулому, на відміну від очікування розвитку шоку в результаті напруженого пневмотораксу перед лікуванням. У новому формулюванні, однак, підкреслюється, що шок і зупинка серця можуть виникнути, якщо напружений пневмоторакс не лікувати вчасно. 2. Додає додатковий наголос до важливості поточної рекомендації TCCC щодо виконання голкової декомпресії (NDC) з обох боків грудної клітки потерпілому з травмою тулуба, який знає травматичної зупинки серця, перш ніж дістанися до лікувального закладу. 3. Додає блок голки/катетера 10, 3,25 дюйма як альтернативу раніше рекомендованому блоку голки/катетера 14, 3,25 дюйма як рекомендований пристрій для декомпресії голки. 4. Позначає місце, в якому слід проводити NDC, як латеральну ділянку (5-й міжребер'я {ICS} на передній паховій лінії {AAL}), або передній ділянку (2-й ICS на середньоключичній лінії {MCL}). З причин, перерахованих в основній частині документа про зміни, учасники телеконференції Робочої групи TCCC 14 грудня 2017 р. виступили за включення обох потенційних сайтів для NDC без вказівки бажаного місця. 5. Додає два ключових елементи до опису процедури NDC: вставте блок голки/катетера під перпендикулярним кутом до грудної стінки аж до втулки, потім утримуйте блок голки/катетера на місці протягом 5-10 секунд перед видалення голки, щоб забезпечити повну декомпресію плеврального простору. 6. Визначає, що є успішним NDC, використовуючи конкретні показники, такі як: спостерігається шипіння повітря, що виходить із грудної клітки під час процедури NDC; зменшення дихальної недостатності; збільшення насичення гемоглобіну киснем; та/або покращення ознак шоку, які можуть бути присутніми. 7. Рекомендує спробувати лише дві декомпресії голки, перш ніж перейти до розділу «Циркуляція» Рекомендацій TCCC. Після виконання двох NDC медичний працівник повинен перейти до четвертого елемента в алгоритмі «БЕРЕЗЕНЬ» та оцінити/лікувати потерпілого від шоку, як зазначено в розділі циркуляції Інструкцій TCCC. Знакова стаття Істріджа 2012 року задокументувала, що кровотеча, що не стискається, спричинила набагато більше смертельних випадків у бою, ніж напружений пневмоторакс. <p>Оскільки прояви геморагічного шоку та шоку від напруженого пневмотораксу можуть бути подібними, рекомендації TCCC тепер рекомендують приступити до лікування геморагічного шоку (якщо він є) після виконання двох NDC.</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Додає параграф до кінця розділу «Циркуляція» Рекомендацій TCCC, який закликає розглядати нелікований напружений пневмоторакс як потенційну причину шоку, який не реагує на реанімацію рідиною. Це важливий аспект лікування шоку у бойових втрат, який наразі не розглядається в Рекомендаціях TCCC.

<p>8. Adds a paragraph to the end of the Circulation section of the TCCC Guidelines that calls for consideration of untreated tension pneumothorax as a potential cause for shock that has not responded to fluid resuscitation. This is an important aspect of treating shock in combat casualties that was not presently addressed in the TCCC Guidelines.</p> <p>9. Adds finger thoracostomy (simple thoracostomy) and chest tubes as additional treatment options to treat suspected tension pneumothorax when further treatment is deemed necessary after two unsuccessful NDC attempts – if the combat medical provider has the skills, experience, and authorizations to perform these advanced interventions and the casualty is in shock. These two more invasive procedures are recommended only when the casualty is in refractory shock, not as the initial treatment.</p>	<p>9. Додає торакастомію пальця (проста торакастомія) і грудні трубки як додаткові варіанти лікування для лікування підозрюваного напруженого пневмотораксу, коли подальше лікування вважається необхідним після двох невдалих спроб NDC – якщо медичний працівник бойової медицини має навички, досвід та дозволи для виконання цих передових втручання і потерпілий в шоці. Ці дві більш інвазивні процедури рекомендуються лише тоді, коли потерпілий перебуває в рефрактерному шоці, а не як початкове лікування.</p>
--	---

Summary of 2017 Changes	Підсумок Змін 2017
Extraglottic Airways Management	Управління позаглотковими дихальними шляхами
<p>Current evidence suggests that the i-gel EGA performs as well or better than the other EGAs available and has other advantages in ease of training, size and weight, cost, safety, and simplicity of use. The gel-filled cuff in the i-gel both eliminates the need for cuff pressure monitoring during flight and reduces the risk of pressure-induced neuropraxia to cranial nerves in the oropharynx as a complication of EGA use. The i-gel thus makes the medic's tasks simpler and frees him or her from the requirement to carry a cuff manometer as part of the medical kit.</p>	<p>Поточні дані свідчать про те, що i-gel EGA працює так само або краще, ніж інші доступні EGA, і має інші переваги щодо простоти навчання, розміру та ваги, вартості, безпеки та простоти використання. Заповнена гелем манжета в i-gel усуває необхідність моніторингу тиску в манжеті під час польоту та зменшує ризик нейропраксії, спричиненої тиском, до черепних нервів у ротоглотці як ускладнення використання EGA. Таким чином i-gel спрощує завдання медика та звільняє його від необхідності носити манжетний манометр як частину медичної аптечки.</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Adds extraglottic airways (EGAs) as an option for airway management in Tactical Field Care; 2. Recommends the i-gel as the preferred EGA in TCCC because its gel-filled cuff makes it simpler to use than EGAs with air-filled cuffs and also eliminates the need for monitoring of cuff pressure; 3. Notes that should an EGA with an air-filled cuff be used, the pressure in the cuff must be monitored, especially during and after changes in altitude during casualty transport; 4. Extraglottic airways will not be tolerated by a casualty unless he or she is deeply unconscious and notes that an NPA is a better option if there is doubt about whether or not the casualty will tolerate an EGA; 5. Adds the use of suction as an adjunct to airway management when available and appropriate (i.e., when needed to remove blood and vomitus); 6. Clarifies the wording regarding cervical spine stabilization to emphasize that it is not needed for casualties who have sustained only penetrating trauma (without blunt force trauma); 7. Reinforces that surgical cricothyroidotomies should not be performed simply because a casualty is unconscious; 8. Provides a reminder that, for casualties with facial trauma or facial burns with suspected inhalation injury, neither NPAs nor EGAs may be adequate for airway management, and a surgical cricothyroidotomy may be required; 9. Adds that pulse oximetry monitoring is a useful adjunct to assess airway patency and that capnography should also be used in the TACEVAC phase of care; 10. Reinforces that a casualty's airway status may change over time and that he or she should be frequently re-assessed. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Додає позаглоткові дихальні шляхи (EGA) як опцію для управління дихальними шляхами в Tactical Field Care; 2. Рекомендує i-gel як кращий EGA в TCCC, оскільки його манжета, заповнена гелем, спрощує її використання, ніж EGA з манжетами, наповненими повітрям, а також усуває необхідність контролю тиску в манжеті; 3. Зазначає, що якщо використовується EGA з манжетою, наповненою повітрям, тиск в манжеті необхідно контролювати, особливо під час та після зміни висоти під час транспортування потерпілих; 4. Постраждалий не переносить позагорточні дихальні шляхи, якщо він чи вона не перебувають у глибокій свідомості та не зазначають, що NPA є кращим варіантом, якщо є сумніви щодо того, чи потерпіть потерпілий EGA чи ні; 5. Додає використання відсмоктування як доповнення до управління дихальними шляхами, якщо це можливо та доречно (тобто, коли це необхідно для видалення крові та блювоти); 6. Уточнює формулювання щодо стабілізації шийного відділу хребта, щоб підкреслити, що вона не потрібна для потерпілих, які отримали лише проникаючу травму (без травми тупим предметом); 7. Підтверджує, що хірургічні крикотиреоїдотомії не слід виконувати лише тому, що постраждалий перебуває без свідомості; 8. Нагадує, що для постраждалих з травмою обличчя або опіком обличчя з підозрою на інгаляційну травму, ні NPA, ні EGA можуть бути недостатніми для лікування дихальних шляхів, і може знадобитися хірургічна крикотиреоїдотомія; 9. Додає, що моніторинг пульсоксиметрії є корисним доповненням для оцінки прохідності дихальних шляхів і що капнографія також повинна використовуватися на етапі лікування TACEVAC; 10. Підтверджує, що стан дихальних шляхів потерпілого може змінюватися з часом і що його чи її слід часто переоцінювати.
Additional 2017 changes	Додаткові 2017 зміни
<ol style="list-style-type: none"> 1. Add establishing a security perimeter to the beginning of tactical field care (TFC). 2. Specify securing both weapons and communications equipment of casualties with altered mental status in TFC. 3. Add known or suspected smoke inhalation as an indication for supplemental oxygen when available. 4. Modify "check a distal pulse if possible" to specify that the "if possible" caveat applies to a traumatic amputation. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Додайте встановлення периметра безпеки до початку тактичної польової допомоги (TFC). 2. Вказати забезпечення як зброї, так і засобів зв'язку потерпілих зі змінним психічним станом у TFC. 3. Додайте відоме або підозрюване вдихання диму як показання для додаткового кисню, якщо є. 4. Змініть «перевірте дистальний пульс, якщо можливо», щоб указати, що застереження «якщо можливо» стосується травматичної ампутації.



5. Clarify that XSTAT[®], unlike other hemostatic dressings, should not be removed by Combat medical personnel in the field after it has been applied, but more XSTAT may be added and/or a different hemostatic dressing applied over the XSTAT.

6. Specify that hypothermia prevention should generally be undertaken concurrently with fluid resuscitation when the latter is indicated.

7. Eliminate cefotetan as a recommended antibiotic option.

8. Add a requirement to document the results of the rapid field test of visual acuity in known or suspected eye injuries.

9. Recommend advanced electronic monitoring in TFC if and when the technology is available in this phase.

5. Поясніть, що XSTAT[®], на відміну від інших кровоспинних пов'язок, не повинен зніматися медичним персоналом Combat на місцях після його накладення, але можна додати більше XSTAT та/або накласти іншу кровоспину пов'язку поверх XSTAT.

6. Уточніть, що профілактика гіпотермії, як правило, повинна проводитися одночасно з інфузійною реанімацією, якщо останнє показано.

7. Виключіть цефотетан як рекомендований варіант антибіотика.

8. Додати вимогу щодо документування результатів швидкої польової перевірки гостроти зору при відомих або підозрюваних травмах очей.

9. Рекомендувати розширений електронний моніторинг у TFC, якщо та коли ця технологія доступна на цьому етапі.