

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет: Медико-фармацевтичний

Кафедра симуляційних медичних технологій

ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор з науково-педагогічної роботи

Едуард БУРЯЧКІВСЬКИЙ

01 вересня 2025 року



МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА
ДО ЛЕКЦІЙ
З НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ
«ПЕРША ДОМЕДИЧНА ТА ПЕРША МЕДИЧНА ДОПОМОГА»

Рівень вищої освіти: другий (магістерський)

Галузь знань: 05 «Соціальні та поведінкові науки»

Спеціальність: 053 «Психологія»

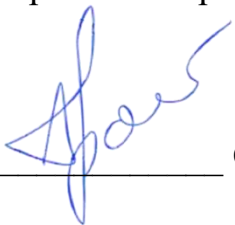
Освітньо-професійна програма: Практична психологія

Одеса - 2025

Затверджено:

Засіданням кафедри симуляційних медичних технологій
Одеського національного медичного університету

Протокол № 1 від 27 серпня 2025 року

Завідувач кафедри  Олександр РОГАЧЕВСЬКИЙ

Розробники:

завідувач кафедри Олександр РОГАЧЕВСЬКИЙ

завуч кафедри Ольга ЄГОРЕНКО

доцент кафедри Михайло ПЕРВАК

доцент кафедри Василь ГЛАДЧУК

доцент кафедри Юрій ПЕТРОВСЬКИЙ

асистент кафедри В'ячеслав ОНИЩЕНКО

асистент кафедри Дмитро КАРАКОНСТАНТИН

Тема № 1

ОРГАНІЗАЦІЯ ДОМЕДИЧНОЇ ТА ПЕРШОЇ МЕДИЧНОЇ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ В МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДАХ ТА АПТЕКАХ РІЗНИХ ТИПІВ ТА РІВНІВ

Актуальність теми: Організація домедичної та першої медичної невідкладної допомоги є важливим компонентом системи охорони здоров'я, оскільки своєчасна і правильно надана допомога може врятувати життя пацієнта та запобігти важким ускладненням. В екстрених ситуаціях, коли кожна секунда має значення, наявність кваліфікованого персоналу, добре організованої системи допомоги та необхідних медикаментів є вирішальними факторами. Важливо не лише володіти навичками надання першої допомоги, а й розуміти специфіку роботи різних типів медичних закладів та аптек, знати алгоритми дій при наданні домедичної допомоги, що дозволить організувати ефективну роботу у реальних клінічних умовах. Крім того, це формує базові знання для взаємодії з медичним персоналом та пацієнтами в умовах невідкладних станів, що сприяє покращенню якості надання медичних послуг.

Мета: Оволодіти основними знаннями та навичками організації домедичної та першої медичної невідкладної допомоги в медичних закладах різних рівнів та аптеках; навчитися діагностувати невідкладні стани на догоспітальному етапі та надавати необхідну допомогу до прибуття кваліфікованого медичного персоналу; засвоїти алгоритми дій під час невідкладних ситуацій, включаючи серцево-легеневу реанімацію, зупинку кровотеч та підтримку основних життєвих функцій; усвідомити значення етичних та психологічних аспектів під час надання допомоги; розвинути вміння оперативно діяти в екстрених ситуаціях та співпрацювати з медичним персоналом для забезпечення ефективної допомоги пацієнтам.

Основні поняття:

- **Домедична допомога:** це комплекс дій, які надаються безпосередньо на місці події особами без медичної освіти до прибуття кваліфікованого персоналу.
- **Перша медична допомога:** надається медичними працівниками на догоспітальному етапі та має на меті стабілізацію стану пацієнта.
- **Невідкладні стани:** це стани, що потребують негайного втручання для збереження життя або запобігання тяжким наслідкам.

ПЛАН І ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА ЛЕКЦІЇ

Привітання, перевірка присутніх, ознайомлення з дисципліною та формами оцінювання знань, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів вищої освіти щодо вивчення теми.

Розділ 1: Організація домедичної допомоги

1. **Оцінка стану постраждалих**
 - Перевірка свідомості
 - Оцінка дихання і кровообігу

2. **Стабілізація життєвих функцій**
 - Забезпечення прохідності дихальних шляхів
 - Основи надання першої допомоги
3. **Підготовка до транспортування**
 - Оцінка необхідності транспортування
 - Способи транспортування і забезпечення безпеки

Розділ 2: Організація першої медичної допомоги в медичних закладах

4. **Рівні медичної допомоги**
 - Первинна, вторинна та третинна допомога
 - Особливості організації надання невідкладної допомоги на кожному рівні
5. **Протоколи та стандарти надання допомоги**
 - Основні протоколи для різних типів медичних закладів
 - Інтерпретація та застосування стандартів

Розділ 3: Невідкладні стани

6. **Термінальні стани та їх види**
 - Передагональний стан, агонія, клінічна смерть
 - Діагностика і управління термінальними станами
7. **Алгоритми дій при невідкладних станах**
 - Серцево-легенева реанімація (СЛР)
 - Застосування автоматичного зовнішнього дефібрилятора (АЗД)

ЗМІСТ ЛЕКЦІЙНОГО МАТЕРІАЛУ (ТЕКСТ ЛЕКЦІЙ)

Організація домедичної допомоги

Домедична допомога включає такі етапи, як оцінка стану постраждалого, стабілізація його життєвих функцій та підготовка до транспортування в медичний заклад.

Організація першої медичної допомоги в медичних закладах

Першу медичну допомогу в медичних закладах надають медичні працівники відповідно до встановлених протоколів та стандартів. Заклади охорони здоров'я поділяються на три рівні: первинна, вторинна та третинна допомога, кожна з яких має свої вимоги до організації надання невідкладної допомоги.

Невідкладний стан людини – раптове погіршення фізичного або психічного здоров'я, що становить пряму і невідворотну загрозу життю та здоров'ю постраждалої особи або осіб, які її оточують, і виникає внаслідок хвороби, травми, отруєння чи інших внутрішніх або зовнішніх причин.

Постраждалий – особа, яка перебуває у невідкладному стані. Місце події – територія, приміщення або будь-яке інше місцеперебування особи у невідкладному стані.

Термінальний стан – це гостра зміна життєдіяльності, обумовлена настільки тяжкими порушеннями функцій основних життєво важливих органів і систем (катастрофічним зниженням АТ, глибокими порушеннями газообміну та метаболізму), за яких сам організм не в змозі впоратися з ними.

Розрізняють 3 види термінальних станів залежно від клінічних ознак із боку центральної нервової, серцево-судинної, 4 дихальної систем: передагональний стан, агонію, клінічну смерть.

Передагональний стан – етап умирання, під час якого поступово порушуються функції кори ГМ, підкірки та його верхньостовбурових відділів. Він характеризується дезінтеграцією всіх функцій організму, критичним рівнем АТ, порушеннями свідомості різного ступеня, а також дихання.

Термінальна пауза виявляється припиненням дихання та появою ідіовентрикулярного або ектопічного серцевого ритму. Вона зумовлена тимчасовим підвищенням тону блукаючого нерва, після цього виникає агональне дихання.

У **період агонії** функції вищих відділів головного мозку вимкнені, регуляцію фізіологічних процесів здійснюють бульбарні центри, що мають примітивний, неупорядкований характер. Активізація стовбурових утворів призводить до деякого збільшення артеріального тиску та посилення дихання, яке зазвичай має патологічний характер. Перехід передагонального стану в агональний обумовлений прогресуючим пригніченням ЦНС. Агональний сплеск життєдіяльності короткочасний і закінчується повним пригніченням усіх життєвих функцій – клінічною смертю.

Клінічна смерть – це стан, за якого відсутні кровообіг та дихальні рухи, припиняється активність кори головного мозку. Клінічна смерть відрізняється від стану біологічної смерті принциповою можливістю повернення до життя під час проведення реанімаційних заходів.

Таким чином, клінічна смерть – це перший період процесу вмирання, що починається з моменту припинення основних функцій життєдіяльності організму (кровообігу, дихання) та продовжується до загибелі клітин кори головного мозку. Цей період характеризується тим, що під час реанімаційних заходів (відновлення дихання та 5 кровообігу) можливе відновлення функцій кори головного мозку.

Настання клінічної смерті зумовлене тріадою клінічних ознак:

- відсутністю екскурсії грудної клітки (апноє);
- відсутністю пульсації на великих артеріях (асистолія);
- відсутністю свідомості (кома).

Поряд із зазначеними важливими діагностичними симптомами є паралітичне розширення зіниці, клонічні та тонічні судоми, зміна кольору шкірних покривів, зникнення рефлексів.

Другим періодом процесу вмирання є соціальна, або теологічна (децеребрація, декортикація), смерть. Цей період починається з гибелі клітин кори головного мозку та продовжується до того часу, поки зберігається можливість відновити дихання та кровообіг, що, однак, не приводить до відновлення функцій кори головного мозку.

Третій період – біологічна смерть – характеризується незворотними змінами не лише в корі головного мозку, а й в інших органах і тканинах. У цьому випадку відновити основні функції життєдіяльності дихання та кровообігу неможливо. Тривалість клінічної смерті може бути продовжена у разі переохолодження, утоплення, електротравми, а також у педіатричній практиці.

Домедична допомога – невідкладні дії та організаційні заходи, спрямовані на порятунок і збереження життя постраждалого в невідкладному стані та мінімізацію наслідків в впливу такого стану на його здоров'я, які здійснюють на місці події особами, які не мають медичної освіти.

Реанімація – це система невідкладних заходів, які виконують із метою виведення з термінального стану та подальшого підтримання життя. Завданнями реаніматора є відновлення та підтримання серцевої діяльності, дихання та обміну речовин. У випадку раптового припинення роботи серця реанімаційні заходи можуть бути ефективними при збереженні компенсаторних можливостей організму. Якщо ж припинення роботи серця відбулося на фоні важкого невиліковного захворювання, коли повністю виснажені компенсаторні можливості організму, реанімаційні заходи будуть неефективними.

Базове підтримання життя (Basic Life Support, BLS).

До базового підтримання життя відносять забезпечення прохідності дихальних шляхів, підтримання кровообігу та зовнішнього дихання. Проводять без використання спеціального обладнання, окрім пристроїв особистого захисту. Базове підтримання життя можуть здійснювати як медики, так і немедичні працівники, які пройшли спеціальну підготовку.

Розширене підтримання життя (Advanced Life Support, ALS) – спеціалізовані реанімаційні заходи, які повинен виконувати підготовлений та оснащений відповідним обладнанням і ліками медичний працівник. Базові реанімаційні заходи Базові реанімаційні заходи представлені відповідно до стандартів зі змінами 2020 року прийнятими Європейською радою ресусцитації (ERC) та Американською кардіологічною асоціацією (AHA), і мають таку послідовність:

- Впевнитися у власній безпеці та оцінити ситуацію.
Наближатися до постраждалого потрібно обережно, впевнившись у власній безпеці та безпеці оточуючих. Необхідно пам'ятати про небезпеку дорожнього руху, електричного струму, уламків, що падають, агресивних учасників події.

- Перевірити свідомість.
Перевірити реакцію постраждалого потрібно голосно спитавши: «Що з вами?» та легким струшуванням за плечі.
- Покликати на допомогу оточуючих.
Потрібно повідомити оточуючих про те, що ви навчені надавати домедичну допомогу, та, звертаючись безпосередньо до певної особи, попросити допомогти й скерувати її дії.
- Відкрити дихальні шляхи.
У людини без свідомості порушення прохідності дихальних шляхів відбувається внаслідок западання язика. Для ліквідації порушення долоню однієї руки потрібно розмістити на лобі, а пальці іншої – під підборіддям і закинути голову.
- Перевірити наявність дихання (Бачу, чую, відчуваю).
Необхідно наблизити обличчя до обличчя постраждалого та спрямувати погляд на грудну клітку. Одночасно намагатися почути шум дихальних рухів або стогін, відчути щогою тепло повітря при видиху і побачити, як піднімається та опускається грудна клітка. На визначення наявності дихання необхідно витратити не ніж більше 10 секунд.
- Якщо постраждалий без свідомості, але дихає, необхідно перевести його в стабільне положення.

Переведення постраждалого в стабільне положення.

1. Руку постраждалого, розміщену ближче до рятувальника, потрібно розташувати вздовж тулуба долонею догори.
2. Іншу руку необхідно зігнути в ліктьовому суглобі та завести тильний бік долоні до протилежної щоки постраждалого.
3. Дальню від рятувальника ногу зігнути в колінному суглобі під прямим кутом.
4. Притискуючи долоню постраждалого до його щоки, одночасно захопити зігнуту ногу під колінний суглоб і, використовуючи її як важіль, перевернути постраждалого на бік обличчям до рятувальника.
5. У позиції на боці зігнуту в коліні ногу розмістити під прямим кутом.
6. Необхідно перевірити наявність самостійного дихання в постраждалого.

Якщо стан дорослого пов'язаний з отриманням травми, наприклад падіння з висоти, вважати, що у нього є травма в шийному відділі хребта. В такому випадку слід максимально обмежити рухи в шийному відділі хребта;

- Після переведення в стабільне положення потрібно викликати ЕМД та стежити за життєвими показниками постраждалого. Викликати екстрену медичну допомогу.
- Виклик екстреної медичної допомоги – це повідомлення про невідкладний стан людини і місце події та/або звернення про необхідність надання екстреної медичної допомоги за єдиним номером телефону екстреної медичної допомоги 103 чи за єдиним номером телефону системи екстреної допомоги населенню

112. Якщо є помічник, необхідно попросити його зателефонувати. Якщо помічника немає, потрібно викликати допомогу, зателефонувавши самостійно, доцільно скористатися функцією гучного зв'язку. Під час виклику необхідно повідомити, що постраждалий без свідомості, не дихає, назвати адресу місця події, зазначити, що розпочато серцево-легеневу реанімацію, відповісти на запитання диспетчера.

- За відсутності дихання або непевності в його наявності негайно розпочати серцево-легеневу реанімацію.

Співвідношення натискань на грудну клітку до штучних вдихів – 30:2. Реанімацію потрібно починати з натискань на грудну клітку. Частота натискань повинна становити 100–120 за одну хвилину, а здавлювати грудну клітку потрібно на 5–6 см. Після кожної компресії необхідно дочекатися розправлення грудної клітки, при цьому необхідно намагатися мінімізувати перерви між натисками. Під час виконання штучного дихання вдих потрібно робити впродовж 1 секунди, видихаючи об'єм повітря, достатній для видимого розширення грудної клітки. Не варто припиняти непрямий масаж серця більше ніж на 10 секунд.

Застосування автоматичного зовнішнього дефібрилятора (АЗД).

Якщо поблизу є автоматичний зовнішній дефібрилятор, рятувальник повинен відразу його принести чи доручити це помічникові, паралельно продовжуючи непрямий масаж серця та штучне дихання (або лише масаж серця за неможливості проведення штучного дихання).

АЗД потрібно ввімкнути та виконати голосові команди приладу. Деякі АЗД вмикаються автоматично при відкриванні кришки, інші – після натиснення кнопки. Необхідно звільнити тулуб постраждалого від одягу, після цього прикріпити електроди на грудну клітку та зачекати, доки апарат не здійснить аналіз ритму.

Один електрод накладають нижче від лівої пахви, інший – під праву ключицю, праворуч від груднини. Зазвичай на електродах зазначено, як їх потрібно розмістити на грудній клітці. Під час аналізу серцевого ритму необхідно припинити КГК і не торкатися постраждалого.

Якщо після аналізу серцевого ритму є потреба в електричній дефібриляції (ритм дефібриляційний), рятувальник повинен переконатися, що ніхто не торкається постраждалого («Стоп реанімація, розряд!»), і за вказівкою АЗД натиснути 10 кнопку розряду для проведення дефібриляції (повністю автоматичний АЗД виконає розряд самостійно).

Відразу після виконання дефібриляції потрібно відновити проведення СЛР у співвідношенні 30:2. Через дві хвилини дефібрилятор автоматично повторно проаналізує ритм у постраждалого. Кількість дефібриляцій не має обмежень. У разі, якщо після аналізу ритму серця не показане проведення розряду, необхідно відразу продовжити СЛР у співвідношенні 30:2 за голосовими та візуальними командами АЗД.

Через дві хвилини АЗД повторно проаналізує ритм та прийме рішення стосовно необхідності дефібриляції. За можливості потрібно провести зміну особи, яка здійснює компресію грудної клітки кожні 2 хвилини.

Продовжувати СЛР необхідно до появи у постраждалого ознак життя (дихання, рухів, відкривання очей), до прибуття бригади ЕМД або ж до настання фізичного виснаження рятувальника. Якщо в постраждалого з'являються ознаки життя, рятувальник повинен перевести його в стабільне положення на боці та чекати прибуття бригади ЕМД, при цьому постійно контролювати наявність дихання і бути готовим продовжувати СЛР.

- Виклик екстреної медичної допомоги – це повідомлення про невідкладний стан людини і місце події та/або звернення про необхідність надання екстреної медичної допомоги за єдиним номером телефону екстреної медичної допомоги 103 чи за єдиним номером телефону системи екстреної допомоги населенню 112. Якщо є помічник, необхідно попросити його зателефонувати. Якщо помічника немає, потрібно викликати допомогу, зателефонувавши самотійно, доцільно скористатися функцією гучного зв'язку. Під час виклику необхідно повідомити, що постраждалий без свідомості, не дихає, назвати адресу місця події, зазначити, що розпочато серцево-легеневу реанімацію, відповісти на запитання диспетчера.

- За відсутності дихання або непевності в його наявності негайно розпочати серцево-легеневу реанімацію.

Співвідношення натискань на грудну клітку до штучних вдихів – 30:2. Реанімацію потрібно починати з натискань на грудну клітку. Частота натискань повинна становити 100–120 за одну хвилину, а здавлювати грудну клітку потрібно на 5–6 см. Після кожної компресії необхідно дочекатися розправлення грудної клітки, при цьому необхідно намагатися мінімізувати перерви між натисками. Під час виконання штучного дихання вдих потрібно робити впродовж 1 секунди, видихаючи об'єм повітря, достатній для видимого розширення грудної клітки. Не варто припиняти непрямий масаж серця більше ніж на 10 секунд.

Застосування автоматичного зовнішнього дефібрилятора (АЗД).

Якщо поблизу є автоматичний зовнішній дефібрилятор, рятувальник повинен відразу його принести чи доручити це помічникові, паралельно продовжуючи непрямий масаж серця та штучне дихання (або лише масаж серця за неможливості проведення штучного дихання).

АЗД потрібно ввімкнути та виконати голосові команди приладу. Деякі АЗД вмикаються автоматично при відкриванні кришки, інші – після натиснення кнопки. Необхідно звільнити тулуб постраждалого від одягу, після цього прикріпити електроди на грудну клітку та зачекати, доки апарат не здійснить аналіз ритму.

Один електрод накладають нижче від лівої пахви, інший – під праву ключицю, праворуч від груднини. Зазвичай на електродах зазначено, як їх потрібно розмістити на

грудній клітці. Під час аналізу серцевого ритму необхідно припинити КГК і не торкатися постраждалого.

Якщо після аналізу серцевого ритму є потреба в електричній дефібриляції (ритм дефібриляційний), рятувальник повинен переконатися, що ніхто не торкається постраждалого («Стоп реанімація, розряд!»), і за вказівкою АЗД натиснути 10 кнопку розряду для проведення дефібриляції (повністю автоматичний АЗД виконає розряд самостійно).

Відразу після виконання дефібриляції потрібно відновити проведення СЛР у співвідношенні 30:2. Через дві хвилини дефібрилятор автоматично повторно проаналізує ритм у постраждалого. Кількість дефібриляцій не має обмежень. У разі, якщо після аналізу ритму серця не показане проведення розряду, необхідно відразу продовжити СЛР у співвідношенні 30:2 за голосовими та візуальними командами АЗД.

Через дві хвилини АЗД повторно проаналізує ритм та прийме рішення стосовно необхідності дефібриляції. За можливості потрібно провести зміну особи, яка здійснює компресію грудної клітки кожні 2 хвилини.

Продовжувати СЛР необхідно до появи у постраждалого ознак життя (дихання, рухів, відкривання очей), до прибуття бригади ЕМД або ж до настання фізичного виснаження рятувальника. Якщо в постраждалого з'являються ознаки життя, рятувальник повинен перевести його в стабільне положення на боці та чекати прибуття бригади ЕМД, при цьому постійно контролювати наявність дихання і бути готовим продовжувати СЛР.

МАТЕРІАЛИ ЩОДО АКТИВАЦІЇ ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ ПІД ЧАС ПРОВЕДЕННЯ ЛЕКЦІЇ (за необхідністю)

1. Які фактори можуть вплинути на ефективність надання домедичної та першої медичної допомоги?
2. Які ключові етапи оцінки стану постраждалого?
3. Які заходи необхідно вжити для забезпечення прохідності дихальних шляхів у постраждалого?
4. Які основні термінальні стани ви знаєте, і як вони можуть вплинути на вашу тактику надання допомоги?
5. Які кроки необхідно вжити при проведенні серцево-легеневої реанімації (СЛР)?

ЗАГАЛЬНЕ МАТЕРІАЛЬНЕ ТА НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЛЕКЦІЇ

Матеріальне забезпечення лекції:

- Учбові приміщення кафедри симуляційних медичних технологій
- Обладнання: ноутбук / комп'ютер, проектор, проєкційний екран, дошка аудиторна, фліпчарт на тринозі
- Ілюстративні матеріали: мультимедійні презентації, манекени, симулятори, роздатковий матеріал

Навчально-методичне забезпечення лекцій:

1. Робоча програма навчальної дисципліни
2. Силабус навчальної дисципліни
3. Методична розробка до лекцій з навчальної дисципліни

Навчально-методична література:

1. Наказ МОЗ України від 05.06.2019 р. № 1269 «Екстрена медична допомога: новий клінічний протокол»
2. Поліщук Л. М., Ковальчук В. В. Організація невідкладної медичної допомоги. Київ: Медицина, 2020. – 320 с.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Різниця між домедичною та медичною невідкладною допомогою.
2. Оцінка стану постраждалого при наданні першої медичної допомоги.
3. Техніка забезпечення прохідності дихальних шляхів.
4. Техніка переведення постраждалого в стабільне бокове положення.
5. Основні етапи алгоритму серцево-легеневої реанімації (СЛР).

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Основна:

1. Наказ МОЗ України від 05.06.2019 р. № 1269 «Екстрена медична допомога: новий клінічний протокол»
2. Анестезіологія, інтенсивна терапія і реаніматологія : навчальний посібник (ВНЗ І–ІІІ р.а.) / А.А. Ілько. - 2-е вид., переробл. і допов., “Медицина”, Київ, 2018
3. Невідкладні стани у практиці терапевта і сімейного лікаря / за ред. Єпішина А.В. – ISBN: 978-966-673-122-0. Укрмедкнига 2019 р. 380 стор.
4. Невідкладні стани в педіатрії: навчальний посібник (ВНЗ І—ІІ р. а.) / Р.І. Поцюрко, Л.С. Леськів, М.М. Монастирська та ін.; за ред. Р.І. Поцюрка. — 6-е вид., переробл. і допов. Рік: 2017, Кількість сторінок: 200 + 2 кольор.вкл., ISBN: 978-617-505-557-1.
5. Хірургія : підручник / О.Ю. Усенко, Г.В. Білоус, Г.Й. Пугінцева. - 5-е вид. - К. : ВСВ “Медицина”, 2021. - 416 с.

Додаткова:

1. The Complete First Aid Pocket Guide. by John Furst / ISBN 9781507208892 - Adams Media, 2018. 190 pages
2. Manual of emergency medicine / editor, G. Richard Braen. — 6th ed. ISBN: 978-1-60831-249-8. May 23, 2011. 704 pages
3. Pediatric Emergency Medicine, Second edition, illustrated clinical cases, © 2019 by Taylor & Francis Group, LLC / International Standard Book Number-13: 978-1-4822-3029-1 (Paperback) 978-1-138-34649-9 (Hardback). 436 pages.
4. Mechanical Ventilation in Emergency Medicine. by Susan R. Wilcox & Ani Aydin & Evie G. Marcolini. ISBN 978-3-319-98409-4 ISBN 978-3-319-98410-0 (eBook). <https://doi.org/10.1007/978-3-319-98410-0> / 2019. 122 pages.
5. Acute Medicine: A Practical Guide to the Management of Medical Emergencies, 5th

Edition / David C. Sprigings (Editor), John B. Chambers (Editor) - ISBN: 978-1-118-64428-7. July 2017 Wiley-Blackwell, 784 Pages.

6. 30 Невідкладних станів в терапії: навчальний посібник: за ред. проф. Ю.М. Мостового. Вінниця, 2017
7. Педіатрія. Диференційна діагностика. Невідкладні стани. / за ред. Аряєва М.Л., Котової Н.В. Одеса: ОНМедУ, 2017. 280 с.
8. Анестезіологія, інтенсивна терапія та невідкладні стани : навчальний посібник: за ред. проф. Владики А.С. Одеса: ОНМедУ, 2016
9. Наказ від 09.03.2022 № 441 "Про затвердження порядків надання домедичної допомоги особам при невідкладних станах"
10. Наказ МОЗ України від 15.03.2022 № 488 "Про затвердження Методичних рекомендацій щодо надання екстреної медичної допомоги постраждалим на догоспітальному етапі в умовах бойових дій/воєнного стану"

Електронні інформаційні ресурси

1. <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
2. <https://www.cprguidelines.eu/> – Європейська рада ресусцитації
3. <https://www.c-tecc.org/our-work/guidance> – Комітет з тактичної невідкладної допомоги постраждалим
4. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0356-22#n42> – Наказ МОЗ України від 09.03.2022 р. № 441 «Про затвердження порядків надання домедичної допомоги особам при невідкладних станах»
5. <http://www.nbuv.gov.ua/> – Національна бібліотека України
6. <https://gmka.org/uk/category/dlya-medykiv/nevidkladna-hirurgiya/> – Глобальний альянс медичних знань
7. www.ama-assn.org – Американська медична асоціація
8. www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я
9. www.dec.gov.ua/mtd/home/ – Державний експертний центр МОЗ України
10. <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
11. www.gmc-uk.org – General Medical Council (GMC)
12. www.bundesaerztekammer.de – Німецька медична асоціація
13. <https://emergencymanual.stanford.edu/downloads/> – Стенфордський посібник з невідкладної допомоги

Тема № 2

НАЦІОНАЛЬНІ ТА МІЖНАРОДНІ ПРОТОКОЛИ НАДАННЯ ДОМЕДИЧНОЇ ТА ПЕРШОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Актуальність теми: Сучасна медична практика вимагає чітких та стандартизованих дій при наданні невідкладної допомоги у критичних станах. Надання домедичної та першої медичної допомоги у критичних станах є одним із ключових компонентів збереження життя та здоров'я пацієнтів до прибуття медичної бригади або до доставки їх до стаціонару. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), близько 17.9 мільйонів людей щорічно помирають від серцево-судинних захворювань, що є основною причиною смерті у світі. При цьому, значна частина летальних випадків трапляється через ненадання або неналежне надання першої допомоги при станах, що загрожують життю, таких як асистолія, фібриляція шлуночків та гострий коронарний синдром (ГКС). З огляду на зростаючу кількість пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями, застосування чітких протоколів допомагає знизити смертність і поліпшити результати лікування. Це вимагає від медичних працівників високого рівня підготовки та глибокого знання протоколів невідкладної допомоги, що робить цю тему надзвичайно актуальною у підготовці майбутніх фахівців.

Мета:

1. Ознайомити студентів із національними та міжнародними протоколами надання домедичної та першої медичної допомоги при різних типах критичних станів (асистолія, фібриляція шлуночків, тахікардія без пульсу, безпульсова електрична активність, гострий коронарний синдром, шоківі стани).
2. Забезпечити розуміння алгоритмів дій при невідкладних станах відповідно до актуальних протоколів.
3. Навчити студентів правильно застосовувати ці протоколи у практичних умовах, підвищуючи їхню готовність до екстрених ситуацій.
4. Виховати відповідальність за своєчасну та ефективну допомогу в рамках міжнародних стандартів, спрямованих на збереження життя пацієнтів.

Основні поняття: раптова серцева смерть; асистолія; фібриляція шлуночків; безпульсова електрична активність; тахікардії без пульсу; ГКС.

ПЛАН І ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА ЛЕКЦІЇ

Привітання, перевірка присутніх, ознайомлення з дисципліною та формами оцінювання знань, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів вищої освіти щодо вивчення теми.

ЗМІСТ ЛЕКЦІЙНОГО МАТЕРІАЛУ (ТЕКСТ ЛЕКЦІЇ)

1. **Основні критичні стани та їх механізми**
 - а. Раптова серцева смерть.
 - б. Асистолія, фібриляція шлуночків, безпульсова електрична активність.

2. **Серцево-легенева реанімація (СЛР)**
 - a. Історія розвитку СЛР.
 - b. Алгоритми СЛР (С-А-В).
 - c. Стадії реанімації за Сафаром.
 - d. Алгоритми для різних станів: асистолія, фібриляція шлуночків, ЕАБП.
3. **Протоколи використання автоматичного зовнішнього дефібрилятора (АЗД)**
 - a. Порядок застосування та алгоритм дій.
4. **Показання та критерії ефективності реанімації**
 - a. Критерії часу та ефективності проведення СЛР.
 - b. Особливості транспортування пацієнтів із зупинкою серця.
5. **Гострий коронарний синдром (ГКС)**
 - a. Діагностика та лікування ГКС на догоспітальному етапі.
 - b. Лікування ГКС з та без елевації сегмента ST.
 - c. Протоколи введення тромболітичної та антиагрегантної терапії.

Застосування автоматичного зовнішнього дефібрилятора (АЗД).

Раптова серцева смерть - це смерть, яка настає несподівано і миттєво або протягом 1 години після появи перших симптомів погіршення загального стану. До цього поняття не відносять випадки насильницької смерті або смерті, що виникає в результаті отруєння, асфіксії, травми або іншого якого-небудь нещасного випадку.

Механізм раптової серцевої смерті: Фібриляція шлуночків зустрічається приблизно в 75 - 90% випадків. Часто їй передують епізоди пароксизмальної шлуночкової тахікардії, що переходить потім у тріпотіння або мерехтіння шлуночків.

Асистолія. Первинна асистолія шлуночків відзначається в 5-10% випадків РЗК і відразу призводить до припинення кровообігу. Асистолія може бути наслідком атріовентрикулярної блокади або слабкості синусового вузла. Асистолія іноді виникає після одиначної екстрасистолі або групи екстрасистол, на тлі пароксизму суправентрикулярної або шлуночкової тахікардії, мерехтіння або тріпотіння передсердь.

Електрична активність без пульсу (ЕАБП) (застаріла назва ЕМД Електромеханічна дисоціація. Відсутність механічної активності серця при наявності електричної (тобто наявності ЕКГ на моніторі при клініці зупинки кровообігу). Прогноз часто поганий. Причини ЕАБП - гіповолемія, гіпоксія, ацидоз, тяжка гіперкаліємія, гіпотермія, масивна тромбоемболія легеневої артерії, клапанний пневмоторакс, тампонада серця, передозування деяких лікарських препаратів, або неприпустиме їх поєднання (наприклад в/в введення Бета-блокаторів і антагоністів кальцію). Часто ЕАБП спостерігається після пізно виконаної електроімпульсної терапії при фібриляції або тріпотінні шлуночків в силу виснаження енергетичних запасів міокарда.

Серцево-Легенева Реанімація

Проводиться при клінічній смерті (у перші 4-6 хв з моменту зупинки дихання і кровообігу; 10 пізніше виникають незворотні зміни в центральній нервовій системі і настає біологічна смерть). Проведення серцево-легеневої реанімації (СЛР) дозволяє відновити кровообіг у 17,4-61,2% пацієнтів після його раптової зупинки.

Сучасний комплекс СЛР був створений патріархом реаніматології Пітером Сафаром (1961 р.), який показав у дослідженнях на курарезованих добровольцях велику ефективність дихання «із рота в рот» по відношенню з зовнішніми методами дихання, розробив «трійний прийом» на дихальних шляхах і 8 - подібний повітровід (1958 р.). Був автором першого міжнародного посібника з СЛР, який став «золотим стандартом» для лікарів у всьому світі. На сучасному етапі, стандарти з СЛР розробляють: у США - Американська Кардіологічна Асоціація (American Heart Association - АНА), яка дає рекомендації з СЛР і невідкладної кардіологічної допомоги; у Європі - створена у 1989 році Європейська Рада з Реанімації (European Resuscitation Council, ERC). Після першої Всесвітньої наукової конференції (2000 р.) з серцево-легеневої реанімації та надання невідкладної серцево-судинної допомоги, вперше були вироблені єдині міжнародні принципи (Guidelines) в області оживлення організму людини (Guidelines 2000 for CPR and ECC). У 2005 р., 2010, 2015, 2018 рр. публікувались нові рекомендації Європейської Ради з реанімації, в яких був внесений ряд суттєвих змін в алгоритм серцево легеневої реанімації. Комплекс невідкладних заходів, що здійснюються хворим в стані клінічної смерті та направлений на відновлення життєдіяльності організму і попередження незворотніх порушень його органів та систем, називається реанімацією.

Стадії Серцево-Легеневої Реанімації За П. Сафаром

Весь комплекс СЛР П. Сафар розділив на 3 стадії, кожна з яких має свою мету та послідовність етапів. Згідно з рекомендаціями Європейської Ради з реанімації 2010 року (ERC-2010), які в подальшому були підтверджені рекомендаціями American Heart Association по СЛР і невідкладної при серцево судинної патології від 2015, 2018 р.р., алгоритм СЛР (А-В-С) був модифікований у С-А-В, тому що першим етапом є негайний початок проведення компресій грудної клітки і тільки потім— відновлення прохідності дихальних шляхів та штучне дихання, за винятком новонароджених, у яких зберігається попередній алгоритм А-В-С, виходячи з того, що зупинка серця у новонароджених найчастіше пов'язана з асфіксією.

I. Стадія: Елементарна підтримка життя.

Мета— термінова оксигенація.

Етапи:

- штучна підтримка кровообігу (С);
- контроль та відновлення прохідності дихальних шляхів (А);
- штучна підтримка дихання (В).

II. Стадія: Подальша підтримка життя.

Мета— відновлення самостійного кровообігу.

Етапи:

- медикаментозна терапія (D);
- електрокардіографія або електрокардіоскопія (E);
- дефібриляція (F).

III. Стадія: Тривала підтримка життя.

Мета — церебральна реанімація та постреанімаційна інтенсивна терапія.

Етапи:

- оцінка стану хворого (встановлення причини зупинки кровообігу та її усунення) та можливостей повноцінного порятунку хворого з урахуванням ступеня пошкодження ЦНС (G);
- відновлення нормального мислення (H);
- інтенсивна терапія, спрямована на корекцію порушень функцій інших органів та систем (I).

Показання до серцево-легеневої реанімації.

Основним показанням до серцево-легеневої реанімації (СЛР) є зупинка кровообігу і зупинка дихання.

1. Зупинка кровообігу. Після зупинки серця, припиняється кровообіг, постачання життєвоважливих органів киснем, поживними речовинами. В цей час можливе неефективне дихання агонального типу, яке потрібно диференціювати з адекватним диханням, щоб не зробити помилки в наданні допомоги. Зупинці кровообігу передують порушення ритму серця: фібриляція шлуночків, шлуночкова тахікардія, асистолія.
2. Зупинка дихання. Причинами зупинки є утоплення, потрапляння сторонніх тіл в дихальні шляхи, вдихання диму, удушення, ураження блискавкою, інсульт, коми різного походження, передозування наркотиків та інше. При первинній зупинці дихання, серце і легені продовжують ще декілька хвилин постачати кисень до мозку та інших органів. При зупинці дихання, або його неадекватності рятівним заходом життя потерпілого є дихальна реанімація, що може попередити зупинку серця.

Перша стадія: Елементарна підтримка життя (Basic Life Support, BLS).

Перед початком реанімаційних заходів переконайтесь у власній безпеці та оцініть ситуацію.

Етап С: Штучна підтримка кровообігу

1. Оцінка стану потерпілого:

- Переконайтесь, що потерпілий не дихає і не має пульсу.
- Покличте на допомогу оточуючих. Викличте швидку медичну допомогу (103, 112) та розпочніть реанімацію.

2. Підготовка потерпілого:

- Покладіть потерпілого на спину на тверду, рівну поверхню.
- Розмістіть голову потерпілого на одному рівні з грудною кліткою або трохи нижче.
- Розстебніть одяг, особливо в області грудної клітки та живота.

3. Розташування рятівника:

- Станьте з боку потерпілого, де вам зручно виконувати компресії.

4. Визначення точки для натискань:

- Знайдіть точку на груднині, яка знаходиться на два поперечних пальці вище від основи мечеподібного відростка.
- Помістіть одну руку на нижню третину груднини.
- Помістіть іншу руку поверх першої, зафіксуйте руки у «замку», тримайте руки в прямому положенні, плечі над грудною кліткою.

5. Виконання непрямого масажу серця:

- Тривалість: Безперервне натискання протягом реанімаційного циклу.
- Частота натискань: 100–120 натискань на хвилину.
- Глибина натискань: 5–6 см.
- Перерва між натисканнями: Мінімізуйте перерви; не припиняйте більше ніж на 10 секунд.
- Після кожних 30 натискань виконуйте 2 штучних вдихи.

6. Штучне дихання:

- Тривалість вдиху: 1 секунда.
- Об'єм повітря: Достатній для видимого розширення грудної клітки.

7. Оцінка ефективності та корекція:

- Частота перевірки: Кожні 2 хвилини.
- Після 2 хвилин реанімаційних заходів зупиніть та перевірте ритм на моніторі, витрачаючи мінімум часу на цю процедуру.
- Продовжуйте реанімацію до прибуття медичної допомоги або до відновлення спонтанного кровообігу.
- При зміні рятівника, забезпечте безперервність реанімаційних заходів, щоб не зупиняти СЛР.

Критерії часу серцево - легеневої реанімації:

1. До відновлення діяльності;
2. До фізичного виснаження рятівника;
3. До приїзду швидкої допомоги;
4. До ранніх біологічних ознак (котяче око 30 - 40 хв , плями Лярше 1,5 - 2 год)

Критерії ефективності надання ЕМД:

1. Час початку СЛР.
2. Час застосування АЗД (за наявності).
3. Оцінка якості проведення СЛР.
4. Тривалість реанімаційних процедур.
5. Оцінка біометричних показників/якості виконання СЛР.
6. Доцільність переривання реанімації.
7. Оцінка кожного епізоду транспортування пацієнта з зупинкою серця з місця події.

Якщо поблизу є автоматичний зовнішній дефібрилятор, рятувальник повинен відразу його принести чи доручити це помічникові, паралельно продовжуючи непрямий масаж серця та штучне дихання (або лише масаж серця за неможливості проведення штучного дихання).

АЗД потрібно ввімкнути та виконати голосові команди приладу. Деякі АЗД вмикаються автоматично при відкриванні кришки, інші – після натиснення кнопки. Необхідно звільнити тулуб постраждалого від одягу, після цього прикріпити електроди на грудну клітку та зачекати, доки апарат не здійснить аналіз ритму.

Один електрод накладають нижче від лівої пахви, інший – під праву ключицю, праворуч від груднини. Зазвичай на електродах зазначено, як їх потрібно розмістити на грудній клітці. Під час аналізу серцевого ритму необхідно припинити КГК і не торкатися постраждалого.

Якщо після аналізу серцевого ритму є потреба в електричній дефібриляції (ритм дефібриляційний), рятувальник повинен переконатися, що ніхто не торкається постраждалого («Стоп реанімація, розряд!»), і за вказівкою АЗД натиснути 10 кнопку розряду для проведення дефібриляції (повністю автоматичний АЗД виконає розряд самостійно).

Відразу після виконання дефібриляції потрібно відновити проведення СЛР у співвідношенні 30:2. Через дві хвилини дефібрилятор автоматично повторно проаналізує ритм у постраждалого. Кількість дефібриляцій не має обмежень. У разі, якщо після аналізу ритму серця не показане проведення розряду, необхідно відразу продовжити СЛР у співвідношенні 30:2 за голосовими та візуальними командами АЗД.

Через дві хвилини АЗД повторно проаналізує ритм та прийме рішення стосовно необхідності дефібриляції. За можливості потрібно провести зміну особи, яка здійснює компресію грудної клітки кожні 2 хвилини.

Продовжувати СЛР необхідно до появи у постраждалого ознак життя (дихання, рухів, відкривання очей), до прибуття бригади ЕМД або ж до настання фізичного виснаження рятувальника. Якщо в постраждалого з'являються ознаки життя, рятувальник повинен перевести його в стабільне положення на боці та чекати прибуття бригади ЕМД, при цьому постійно контролювати наявність дихання і бути готовим продовжувати СЛР.

Алгоритм дії при ФШ та ШТ без пульсу:

1. **Розпочати СЛР у співвідношенні 30:2.**
 - a. При відсутності пульсу і свідомості розпочати СЛР (серцево-легеневу реанімацію) з співвідношенням 30 компресій до 2 вентиляцій.
2. **При появі дефібрилятора - накласти електроди на грудну клітку потерпілого.**
 - a. Якнайшвидше накласти електроди дефібрилятора і підготуватися до аналізу ритму.
3. **Розпочати аналіз ритму.**
 - a. Аналізувати ритм на дефібриляторі для визначення наявності ФШ або ШТ без пульсу.
4. **1-й розряд.**
 - a. Якщо дефібрилятор підтверджує ФШ або ШТ без пульсу, нанести перший розряд:
 - b. Для біполярних імпульсів оптимальна доза розряду: 150-200 Дж.
 - c. Для монополярних імпульсів: 360 Дж.
 - d. Після розряду не визначати пульс і продовжити СЛР (30:2) протягом 2 хв. Це важливо для забезпечення гемодинамічної ефективності ритму. Після 2 хв зупинити СЛР і перевірити ритм на моніторі.
5. **2-й розряд.**
 - a. Якщо після першого розряду ФШ або ШТ без пульсу зберігається, нанести 2-й розряд:
 - b. Використовувати таку ж дозу або більшу.
 - c. Продовжити СЛР (30:2) без пауз протягом 2 хв. Після цього зупинити СЛР і перевірити ритм.
6. **3-й розряд.**
 - a. Якщо після другого розряду ФШ або ШТ без пульсу зберігається, нанести 3-й розряд:
 - b. В таких же дозах, як попередні.
 - c. Продовжити СЛР (30:2) без пауз протягом 2 хв. Можливо ввести ліки (адреналін 1 мг в/в або в/к, аміодарон 300 мг в/в або в/к):
 - d. Якщо аміодарон недоступний, можна використовувати лідокаїн у дозі 1 мг/кг маси тіла, з повторенням дози через 5 хв до максимальної дози 3 мг/кг.
7. **Оцінка ритму та подальші дії.**
 - a. Оцінювати ритм на кардіомоніторі кожні 2 хв.
 - b. Якщо ФШ або ШТ без пульсу зберігається, продовжувати вдаватися до алгоритму з введенням адреналіну 1 мг в/в або в/к кожні 3-5 хв до відновлення спонтанного кровообігу.
 - c. При виявленні організованого ритму серця або ознак відновлення спонтанного кровообігу (рух, нормальне дихання, кашель) спробувати пропальпувати пульс на магістральній артерії.
8. **Лікування постреанімаційного періоду.**
 - a. Якщо пульс відновився, почати лікування за алгоритмом постреанімаційного періоду.

б. У разі сумніву в наявності пульсу продовжувати СЛР (30:2).

Алгоритм реанімації при асистолії:

1. СЛР (2 хв - 5 циклів 30:2).
2. Підтвердити наявність асистолії більш ніж в одному відведенні ЕКГ.
3. Катетеризувати вену або підготуватися до внутрішньокісткового (в/к) введення ліків.
4. Адреналін 1 мг в/в або в/к (можна повторювати введення кожні 3-5 хв).
5. Якщо немає ефекту, продовжувати СЛР (5 циклів 30:2 за 2 хв) і потім вводити 0,1% розчин атропіну через 3-5 хв по 1 мг в/в або в/к до отримання ефекту або досягнення загальної дози 0,04 мг/кг (вирішується індивідуально спеціалістами).
6. При збереженні асистолії проводити повторне в/в або в/к введення адреналіну з чергуванням СЛР (не менше 5 циклів 30:2 протягом 2 хв). Необхідно спробувати з'ясувати причину асистолії (гіпоксія, ацидоз, передозування ліків тощо) і усунути її. Черезшкірна та трансвенозна кардіостимуляція не рекомендуються при асистолії через її вкрай низьку ефективність. Кардіостимуляція застосовується лише при симптомній брадикардії.

Алгоритм реанімації при ЕАБП:

1. СЛР (2 хв - 5 циклів 30:2).
2. Оцінити характер електричної активності серця на ЕКГ.
3. Катетеризувати вену або підготуватись до внутрішньовенного (в/в) або внутрішньокісткового (в/к) введення ліків.
4. Адреналін 1 мг в/в або в/к (можна повторювати введення кожні 3-5 хв).
5. Якщо немає ефекту, продовжувати СЛР (5 циклів 30:2 за 2 хв).
6. Повторно в/в або в/к уводиться адреналін по 1 мг.
7. Вирішується індивідуально спеціалістами і рекомендується лише при вираженій брадикардії (частота серцевих скорочень <40 за хв) - в/в або в/к введення 0,1% розчину атропіну через 3-5 хв по 1 мг до отримання ефекту або досягнення загальної дози 0,04 мг/кг.
8. При продовженні ЕАБП проводиться повторне в/в або в/к введення адреналіну з чергуванням СЛР (5 циклів 30:2 за 2 хв).
9. Надзвичайно важливим для успіху лікування ЕАБП є пошук потенційно усунених факторів зупинки серця. Якщо причиною є ацидоз - ТТТВЛ і введення бікарбонату натрію; гіповолеція - швидке відновлення об'єму циркулюючої крові; тампонада серця - перикардіоцентез; передозування блокаторів кальцієвих каналів - введення препаратів кальцію.
10. Якщо є можливість проведення доплерографії судин і виявлення кровотоку, проводиться активна терапія: в/в введення норадреналіну і допаміну.

Гострий Коронарний Синдром Без Елевації Сегмента ST

Екстрена Медична Допомога.

Діагностика: Швидка діагностика ознак ГКС та проведення стратифікації ризику на догоспітальному етапі скорочує час для вибору оптимального лікування та транспортування пацієнта у відповідні ЗОЗ.

Необхідні дії Обов'язкові:

1. Збір анамнезу.
2. Проведення фізикального огляду:
 - а. Оцінка загального стану та життєво важливих функцій: свідомості, дихання, кровообігу за алгоритмом ABCDE.
 - б. Візуальна оцінка кольору та вологості шкірних покривів, наявності набухання шийних вен, набряків.
3. Оцінка стану серцево-судинної та дихальної системи пацієнта: вимірювання пульсу та його характеристик, ЧД та його характеристик, АТ на обох руках, перкусія та аускультация серця, пальпація прекардіальної ділянки, аускультация легень на наявність вологих хрипів та крепітації.
4. Проведення інструментального обстеження:
 - а. Реєстрація ЕКГ у 12 відведеннях або передача біометричних ЕКГ сигналів у консультативний телеметричний центр для вирішення термінових питань інтерпретації ЕКГ. У випадку, коли на початку 9 клінічних проявів ГКС відсутні електрокардіографічні ознаки, реєстрацію ЕКГ необхідно повторювати з інтервалом 20-30 хвилин.
 - б. Пульсоксиметрія.
5. Проведення стратифікації ризику за первинними, вторинними факторами ризику та шкалою GRACE з метою оптимізації плану транспортування пацієнта (вибір структурного підрозділу ЗОЗ).

Бажані: Визначення рівня серцевого тропоніну (експрес-тест).

3.1.2. Лікування

Медична допомога на догоспітальному етапі повинна бути надана пацієнтам з ГКС у максимально короткі терміни від початку розвитку ознак захворювання, що сприяє зменшенню смертності та інвалідизації внаслідок цього захворювання, покращує результати лікування пацієнтів.

Необхідні дії (Обов'язкові):

1. Забезпечити положення пацієнта лежачи з піднятою злегка головою.
2. Провести оксигенотерапію пацієнтам із сатурацією менше 95%.
3. Забезпечити венозний доступ (катетеризація периферичної вени).
4. Нітрогліцерин під язик у таблетках (0,5-1,0 мг) або в аерозолі (1-2 дози або 0,4-0,8 мг) за наявності болю на момент контакту. У разі необхідності та нормальному рівні АТ повторювати прийом кожні 5-10 хв.
У випадку тяжкого больового синдрому вводять в/в крапельно під постійним контролем АТ та ЧСС

5. АСК (застосовується у випадку, якщо пацієнт її самостійно не приймав до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги) розжувати 150- 300 мг, можливе в/в введення розчину АСК 1,0.
6. За наявності протипоказань до застосування АСК можливе застосування клопідогрелю 300 мг перорально.
 - а. Ранній початок подвійної антитромбоцитарної терапії всім пацієнтам (за відсутності протипоказань): тикагрелор, прасугрель або клопідогрель на фоні прийому АСК.
 - б. Наркотичні анальгетики: перевага надається морфіну – вводити дробно по 2-5 мг кожні 5-15 хв. до припинення больового синдрому та задухи або появи побічної дії (гіпотензії, пригнічення дихання, нудоти, блювання). NB! Ненаркотичні анальгетики протипоказані!
7. Контроль рівня АТ:
 - а. Для підвищення АТ на фоні ознак гострої серцевої недостатності перевага надається внутрішньовенному крапельному введенню допаміну зі швидкістю 2-10 мкг/кг/хв під контролем ЧСС та АТ, який може поєднуватися з внутрішньовенним крапельним введенням добутаміну, починаючи з дози 2,5-5 мкг/кг/хв. 10
 - б. Для зниження АТ застосовуються β -адреноблокатори і/або нітропрепарати.

Первинна Медична Допомога

Діагностика

Швидка діагностика ознак ГКС та проведення стратифікації ризику на догоспітальному етапі скорочує час для вибору оптимального лікування та транспортування пацієнта у відповідні ЗОЗ.

Необхідні дії:

1. Виїзд за викликом в терміновому порядку.
2. Збір анамнезу.
3. Проведення фізикального огляду:
 - а. Оцінка загального стану та життєво важливих функцій: свідомості, дихання, кровообігу за алгоритмом ABCDE.
 - б. Візуальна оцінка кольору та вологості шкірних покривів, наявності набухання шийних вен, набряків.
4. Оцінка стану серцево-судинної та дихальної системи пацієнта: вимірювання пульсу та його характеристик, ЧД та його характеристик, АТ на обох руках, перкусія та аускультация серця, пальпація прекардіальної ділянки, аускультация легень на наявність вологих хрипів та крепітації.
5. Проведення інструментального обстеження:
 - а. В амбулаторних умовах або за наявності портативного обладнання реєстрація ЕКГ у 12 відведеннях для вирішення термінових питань інтерпретації ЕКГ. У разі, коли на початку клінічних проявів ГКС

відсутні електрокардіографічні ознаки, реєстрацію ЕКГ необхідно повторювати з інтервалом 20-30 хвилин.

б. Пульсоксиметрія.

6. Проведення стратифікації ризику за первинними, вторинними факторами ризику та шкалою GRACE (див. Додатки 1, 7) з метою оптимізації плану транспортування пацієнта (вибір структурного підрозділу ЗОЗ).

Бажані: Визначення рівня серцевого тропоніну (експрес-тест).

Лікування

Медична допомога на догоспітальному етапі повинна бути надана пацієнтам з ГКС у максимально короткі терміни від початку розвитку ознак захворювання, що сприяє зменшенню смертності та інвалідизації внаслідок цього захворювання, покращує результати лікування пацієнтів.

Необхідні дії:

1. Викликати бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги.
2. Забезпечити положення пацієнта лежачи з піднятою злегка головою.
3. Провести оксигенотерапію пацієнтам із сатурацією менше 95%.
4. Забезпечити венозний доступ (катетеризація периферичної вени).
5. Нітрогліцерин (за наявності триваючого болю на момент контакту) під язик у таблетках (0,5-1,0 мг), в аерозолі (1-2 дози або 0,4-0,8 мг). У разі необхідності та нормальному рівні АТ повторювати прийом кожні 5-10 хв.
6. АСК у дозі 150-300 мг, розжувати, можливе в/в введення розчину АСК 1,0.
7. За наявності ЕКГ-критеріїв ГКС бета-блокатори всім пацієнтам, якщо немає протипоказань (брадикардія, клінічні ознаки гіпотензії або застійної серцевої недостатності).
8. Наркотичні анальгетики: морфін (якщо доступний у лікаря для використання в конкретній клінічній ситуації) або тримеперидин. NB! Ненаркотичні анальгетики протипоказані!

Бажані:

За наявності ЕКГ-критеріїв ГКС розпочати подвійну антитромбоцитарну терапію, якщо немає протипоказань: тикагрелор, прасугрель або клопідогрель на фоні прийому АСК.

«Гострий Коронарний Синдром З Елевацією Сегмента ST»

Первинна та екстрена медична допомога на догоспітальному етапі

Надання медичної допомоги пацієнтам з ГКС з елевацією сегмента ST, зокрема діагностика та лікування, починається з точки першого медичного контакту. На догоспітальному етапі надання первинної або екстреної медичної допомоги здійснюється: Бригадами екстреної (швидкої) медичної допомоги Центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, станцій екстреної (швидкої) медичної допомоги, лікарями відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги

багатопрофільних лікарень, які входять у систему екстреної медичної допомоги. Бригадами пунктів невідкладної медичної допомоги для дорослого та дитячого населення. Лікарями загальної практики - сімейними лікарями, лікарями інших спеціальностей (у випадку виявлення такого пацієнта у помешканні або під час прийому).

Швидка діагностика ознак ГКС та проведення стратифікації ризику на догоспітальному етапі скорочує час для вибору оптимального лікування та транспортування пацієнта у відповідні ЗОЗ.

Необхідні дії:

1. Збір анамнезу.
2. Проведення фізикального огляду: Оцінка загального стану та життєво важливих функцій: свідомості, дихання, кровообігу за алгоритмом ABCDE. Візуальна оцінка кольору та вологості шкірних покривів, наявності набухання шийних вен, набряків. Оцінка стану серцево-судинної та дихальної системи пацієнта: вимірювання пульсу та його характеристик, ЧД та його характеристик, АТ на обох руках, перкусія та аускультация серця, аускультация легень на наявність вологих хрипів та крепітації.
3. Проведення інструментального обстеження: Реєстрація ЕКГ у 12 відведеннях або передача біометричних ЕКГ сигналів у консультативний телеметричний центр для вирішення термінових питань інтерпретації ЕКГ.
4. У разі, коли на початку клінічних проявів ГКС відсутні електрокардіографічні ознаки, реєстрацію ЕКГ необхідно повторювати з інтервалом 20-30 хвилин.
5. Пульсоксиметрія.
6. Проведення стратифікації ризику за первинними, вторинними факторами ризику та шкалою GRACE з метою оптимізації плану транспортування пацієнта (вибір структурного підрозділу ЗОЗ).

Бажані: Визначення рівня серцевого тропоніну (експрес-тест).

Лікування

Положення протоколу Медична допомога на догоспітальному етапі повинна бути надана пацієнтам з ГКС у максимально короткі терміни від початку розвитку ознак захворювання.

Підйом сегмента ST свідчить про гостру оклюзію коронарної артерії та ішемію міокарда, тому раннє відновлення кровообігу за рахунок усунення тромбу і відновлення просвіту коронарної артерії має вирішальне значення для перебігу захворювання та сприяє зменшенню смертності та інвалідизації внаслідок цього захворювання, покращує результати лікування пацієнтів.

Необхідні дії:

1. Забезпечити положення пацієнта лежачи з піднятою злегка головою.
2. Провести оксигенотерапію пацієнтам із сатурацією менше 95%.

3. Забезпечити венозний доступ (катетеризація периферичної вени).
4. Нітрогліцерин під язик у таблетках (0,5-1,0 мг) або в аерозолі (1-2 дози або 0,4-0,8 мг) за наявності болю на момент контакту.
5. У разі необхідності та нормальному рівні АТ повторювати прийом кожні 5-10 хв.
6. У випадку тяжкого больового синдрому вводять в/в крапельно під постійним контролем АТ та ЧСС.
7. АСК (застосовується у випадку, якщо пацієнт її самостійно не приймав до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги) розжувати 160-325 мг.
8. Для лікарських бригад можливе введення ацелізіну 1,0.
9. За наявності протипоказань до застосування АСК можливе застосування клопідогрелю 300 мг перорально.
10. Всім пацієнтам, які транспортуються для проведення первинного ПКВ, якомога раніше показана подвійна антиагрегантна терапія (за відсутності протипоказань): тикагрелор на фоні прийому АСК або клопідогрель.
11. Бета-блокатори (пропранолол, есмолол, метопролол) усім пацієнтам з ГКС за відсутності протипоказань.
12. Наркотичні анальгетики: перевага надається морфіну – вводити дробно по 2-5 мг кожні 5-15 хв. до припинення больового синдрому та задухи або появи побічної дії (гіпотензії, пригнічення дихання, нудоти, блювання).
13. При вираженій тривожності пацієнтів можливо застосування діазепаму.
14. Подальші дії визначаються результатами ЕКГ:
 - а. при встановленні діагнозу ГКС з підйомом сегмента ST у двох і більше відведеннях або з появою блокади лівої ніжки пучка Гіса у випадку неможливості проведення первинного ПКВ слід вирішити питання про догоспітальний тромболізис, якщо загальний час з моменту від початку болю в серці до транспортування хворого до лікарні може перевищити 60-90 хв, з подальшим транспортуванням пацієнта до спеціального структурного підрозділу з метою проведення ургентної коронарографії, і за необхідності коронарного стентування в першу добу від початку симптомів ГКС (див. підпункт 5 пункту 4.2 розділу IV);
 - б. якщо загальний час від моменту початку больового нападу більше ніж 90 хв, а час транспортування в центр (відділення) займає не більше 120 хв, пацієнт повинен транспортуватися в найближчий спеціалізований центр (відділення) для проведення ургентної коронарографії та первинного стентування без попереднього тромболізу;
 - с. при встановленні діагнозу ГКС без підйому сегмента ST (інфаркт міокарда без зубця Q і нестабільна стенокардія) медична допомога надається згідно з відповідними медико-технологічними документами.
15. Проводити контроль рівня АТ та за необхідності призначити відповідну терапію:
 - а. для підвищення АТ перевага надається внутрішньовенному крапельному введенню допаміну зі швидкістю 2-10 мкг/кг/хв. під контролем частоти

- серцевих скорочень та АТ, який може поєднуватися з внутрішньовенним крапельним введенням добутаміну, починаючи з дози 2,5-5 мкг/кг/хв;
- б. для зниження АТ застосовуються β -адреноблокатори і/або нітрати.

МАТЕРІАЛИ ЩОДО АКТИВАЦІЇ ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ ПІД ЧАС ПРОВЕДЕННЯ ЛЕКЦІЇ (за необхідністю)

1. Що таке раптова серцева смерть і які її основні механізми?
2. Які фактори можуть призвести до електричної активності без пульсу (ЕАБП)?
3. Яка роль фібриляції шлуночків у випадках раптової серцевої смерті і які попередні стани можуть її спровокувати?
4. Які критеріями є визначення часу серцево-легеневої реанімації?
5. Які основні обов'язкові дії при наданні медичної допомоги пацієнтам з ГКС на догоспітальному етапі?

ЗАГАЛЬНЕ МАТЕРІАЛЬНЕ ТА НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЛЕКЦІЇ

Матеріальне забезпечення лекції:

- Учбове приміщення кафедри симуляційних медичних технологій
- Обладнання: ноутбук / комп'ютер, проектор, проекційний екран, дошка аудиторна, фліпчарт на тринозі
- Ілюстративні матеріали: мультимедійні презентації, манекени, симулятори, роздатковий матеріал

Навчально-методичне забезпечення лекції:

1. Робоча програма навчальної дисципліни
2. Силабус навчальної дисципліни
3. Методична розробка до лекцій з навчальної дисципліни

Навчально-методична література:

1. Наказ МОЗ України від 05.06.2019 р. № 1269 «Екстрена медична допомога: новий клінічний протокол»
2. Поліщук Л. М., Ковальчук В. В. Організація невідкладної медичної допомоги. Київ: Медицина, 2020. – 320 с.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Розпізнавання раптової серцевої смерті та її визначення.
2. Механізм фібриляції шлуночків та асистолії при раптовій серцевій смерті.
3. Оцінка електричної активності без пульсу (ЕАБП) та її можливі причини.
4. Основні етапи та модифікація алгоритму серцево-легеневої реанімації (СЛР).
5. Порядок дій при зміні рятувальника для забезпечення безперервності реанімації.
6. Основні дії та правила використання автоматичного зовнішнього дефібрилятора (АЗД).
7. Основні принципи надання медичної допомоги при гострому коронарному синдромі (ГКС).

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Основна:

1. Наказ МОЗ України від 05.06.2019 р. № 1269 «Екстрена медична допомога: новий клінічний протокол»
2. Анестезіологія, інтенсивна терапія і реаніматологія : навчальний посібник (ВНЗ I-III р.а.) / А.А. Ілько. - 2-е вид., переробл. і допов., “Медицина”, Київ, 2018
3. Невідкладні стани у практиці терапевта і сімейного лікаря / за ред. Спішина А.В. – ISBN: 978-966-673-122-0. Укрмедкнига 2019 р. 380 стор.
4. Невідкладні стани в педіатрії: навчальний посібник (ВНЗ I—II р. а.) / Р.І. Поцюрко, Л.С. Леськів, М.М. Монастирська та ін.; за ред. Р.І. Поцюрка. — 6-е вид., переробл. і допов. Рік: 2017, Кількість сторінок: 200 + 2 кольор.вкл., ISBN: 978-617-505-557-1.
5. Хірургія : підручник / О.Ю. Усенко, Г.В. Білоус, Г.Й. Путінцева. - 5-е вид. - К. : ВСВ “Медицина”, 2021. - 416 с.

Додаткова:

1. The Complete First Aid Pocket Guide. by John Furst / ISBN 9781507208892 - Adams Media, 2018. 190 pages
2. Manual of emergency medicine / editor, G. Richard Braen. — 6th ed. ISBN: 978-1-60831-249-8. May 23, 2011. 704 pages
3. Pediatric Emergency Medicine, Second edition, illustrated clinical cases, © 2019 by Taylor & Francis Group, LLC / International Standard Book Number-13: 978-1-4822-3029-1 (Paperback) 978-1-138-34649-9 (Hardback). 436 pages.
4. Mechanical Ventilation in Emergency Medicine. by Susan R. Wilcox & Ani Aydin & Evie G. Marcolini. ISBN 978-3-319-98409-4 ISBN 978-3-319-98410-0 (eBook). <https://doi.org/10.1007/978-3-319-98410-0> / 2019. 122 pages.
5. Acute Medicine: A Practical Guide to the Management of Medical Emergencies, 5th Edition / David C. Sprigings (Editor), John B. Chambers (Editor) - ISBN: 978-1-118-64428-7. July 2017 Wiley-Blackwell, 784 Pages.
6. 30 Невідкладних станів в терапії: навчальний посібник: за ред. проф. Ю.М. Мостового. Вінниця, 2017
7. Педіатрія. Диференційна діагностика. Невідкладні стани. / за ред. Аряєва М.Л., Котової Н.В. Одеса: ОНМедУ, 2017. 280 с.
8. Анестезіологія, інтенсивна терапія та невідкладні стани : навчальний посібник: за ред. проф. Владики А.С. Одеса: ОНМедУ, 2016
9. Наказ від 09.03.2022 № 441 "Про затвердження порядків надання домедичної допомоги особам при невідкладних станах"
10. Наказ МОЗ України від 15.03.2022 № 488 “Про затвердження Методичних рекомендацій щодо надання екстреної медичної допомоги постраждалим на догоспітальному етапі в умовах бойових дій/воєнного стану”
11. Наказ МОЗ України від 09.03.2022 № 441 "Про затвердження порядків надання домедичної допомоги особам при невідкладних станах"

12. Наказ МОЗ України від 15.03.2022 № 488 “Про затвердження Методичних рекомендацій щодо надання екстреної медичної допомоги постраждалим на догоспітальному етапі в умовах бойових дій/воєнного стану”.
13. Наказ МОЗ України від 21.07.2021 № 1378 "Про затвердження клінічного протоколу з діагностики та лікування гострого коронарного синдрому (NSTEMI)"
14. Європейська Рада з Реанімації. Рекомендації з реанімації 2020 року. – Брюссель: ERC, 2020. – 128 с.
15. Американська Кардіологічна Асоціація. Основи серцево-легеневої реанімації та невідкладної кардіологічної допомоги / АНА ; [переклад з англійської]. – Вашингтон: АНА, 2020. – 144 с.

Електронні інформаційні ресурси

1. <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
2. <https://www.cprguidelines.eu/> – Європейська рада ресусцитації
3. <https://www.c-tecc.org/our-work/guidance> – Комітет з тактичної невідкладної допомоги постраждалим
4. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0356-22#n42> – Наказ МОЗ України від 09.03.2022 р. № 441 «Про затвердження порядків надання домедичної допомоги особам при невідкладних станах»
5. <http://www.nbuv.gov.ua/> – Національна бібліотека України
6. <https://gmka.org/uk/category/dlya-medykiv/nevidkladna-hirugiya/> – Глобальний альянс медичних знань
7. www.ama-assn.org – Американська медична асоціація
8. www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я
9. www.dec.gov.ua/mtd/home/ – Державний експертний центр МОЗ України
10. <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
11. www.gmc-uk.org – General Medical Council (GMC)
12. www.bundesaerztekammer.de – Німецька медична асоціація
13. <https://emergencymanual.stanford.edu/downloads/> – Стенфордський посібник з невідкладної допомоги

Тема № 3

ОРГАНІЗАЦІЯ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ НАДЗВИЧАЙНИХ СТАНАХ ТА МАСОВИХ УРАЖЕННЯХ

Актуальність теми: Організація невідкладної домедичної допомоги при надзвичайних станах та масових ураженнях є критично важливим аспектом в системі охорони здоров'я. Ефективне реагування на надзвичайні ситуації може суттєво вплинути на результат лікування і виживання постраждалих. Знання принципів огляду місця події, первинного і вторинного огляду постраждалого, методів переміщення та іммобілізації є необхідними для забезпечення своєчасної та безпечної медичної допомоги. Розуміння специфіки кожного з цих етапів допомагає уникнути помилок, які можуть призвести до ускладнень або погіршення стану постраждалого. В умовах масових уражень, коли ресурси обмежені, вміння організувати ефективну допомогу стає особливо важливим. Це також допомагає в оптимізації взаємодії між різними медичними службами та підвищує загальний рівень підготовленості до надзвичайних ситуацій.

Мета: Оволодіти знаннями та навичками для організації невідкладної домедичної допомоги при надзвичайних станах та масових ураженнях. Це включає:

- Вивчення основних етапів огляду місця події та постраждалого, від первинного до повторного огляду, з метою забезпечення комплексної та ефективної допомоги.
- Освоєння методів переміщення постраждалого вручну та іммобілізації за допомогою спінальної дошки для забезпечення безпеки під час транспортування.
- Навчання правильним алгоритмам евакуації постраждалого з транспортного засобу та організації допомоги в умовах масових уражень.
- Розвивати навички швидкого і правильного реагування в екстрених ситуаціях та ефективної взаємодії з медичним персоналом для покращення якості надання допомоги

ПЛАН І ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА ЛЕКЦІЇ

Привітання, перевірка присутніх, ознайомлення з дисципліною та формами оцінювання знань, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів вищої освіти щодо вивчення теми.

Огляд місця події:

- Основи безпеки на місці події
- Визначення потенційних небезпек та загроз
- Оцінка ситуації та пріоритети у наданні допомоги

Первинний огляд постраждалого:

- Цілі та завдання первинного огляду
- Алгоритм первинного огляду: MARCHE

Збір інформації про постраждалого

- Алгоритм SAMPLE

Вторинний огляд постраждалого:

- Мета та значення вторинного огляду
- Алгоритм вторинного огляду

Повторний огляд постраждалого:

- Принципи та частота повторного огляду
- Методи контролю за змінами в стані постраждалого
- Адаптація допомоги відповідно до виявлених змін

Особливості огляду постраждалих:

- Підходи до огляду постраждалих у різних умовах
- Визначення пріоритетів при огляді постраждалих з критичними травмами

Методи переміщення постраждалого вручну:

- Основні техніки та принципи безпечного переміщення
- Демонстрація технік переміщення: техніка "симульованого підйому", "метод два з трьох"

Імобілізація постраждалого за допомогою спінальної дошки:

- Показання для використання спінальної дошки
- Правильна техніка імобілізації
- Практичні поради з імобілізації постраждалого

Евакуація постраждалого з транспортного засобу:

- Підходи до евакуації постраждалого з транспортного засобу
- Оцінка ситуації та визначення найбезпечнішого методу евакуації
- Техніки та засоби для евакуації

ЗМІСТ ЛЕКЦІЙНОГО МАТЕРІАЛУ (ТЕКСТ ЛЕКЦІЇ)

1. Огляд місця події.

- виконати візуальну оцінку місця події, оточення;
- Забезпечити власну безпеку та безпеку оточуючих;
- бути готовим вчасно реагувати на фактори загрози;
- встановити голосовий контакт (вербальна комунікація), провести оцінку стану свідомості постраждалого за шкалою AVPU (АГБІ), почати збір первинної інформації про стан постраждалого і обставини поранення/події;

Оцінка місця події: чи немає загрози (чи не може зашкодити рятувальникові те саме, що зашкодило постраждалому). Треба оцінити положення тіла, кінцівок

постраждалого, одразу візуально оцінити характер пошкоджень, визначити наявність/відсутність масивної (критичної) кровотечі.

Підходити рекомендовано з голови, пам'ятаючи про безпеку. Руки постраждалого мають бути в полі вашого зору. Рятувальник повинен пам'ятати, що тактична ситуація (на місці події) досить швидко може змінитися. Завжди слід постійно оцінювати ризики, що існують, а також загрози життю та здоров'ю постраждалого через затримки евакуації.

Рятувальник починає комунікацію з постраждалим, визначає стан свідомості постраждалого за шкалою AVPU (АГБІ): перевіряє, чи він притомний, і чи реагує на голосовий контакт. Це можна зробити простими запитаннями:

«Що з вами трапилось?», «Вам потрібна допомога?».

A (alert) – А (активний) – притомний, може спілкуватися.

V (voice) – Г (голос) – не спілкується, але реагує на голосове подразнення: відкриває очі, повертає голову в бік звуку, починає рухатися, стогне тощо.

P (pain) – Б (біль) – реагує на больове подразнення: стогне, відкриває очі, починає рухатися, намагається уникнути подразнення, згинає або розгинає кінцівки.

Больове подразнення можна провести за допомогою легкого струсу за плечі, натискання великим та вказівним пальцем за виступаючу частину трапецієподібного м'язу (на надпліччі) або на місце між великим та вказівним пальцем на кісті постраждалого.

U (unresponsive) – І (інертний) – ніяк не реагує: непритомний.

2. Первинний, повторний та вторинний огляд постраждалого

Первинний огляд проводять рятувальники на місці події (у зоні непрямой загрози або евакуації) для оцінки стану постраждалого на наявність загроз життю та визначення необхідного об'єму надання допомоги.

Алгоритм обстеження та надання допомоги: контроль кровотечі, забезпечення прохідності дихальних шляхів, контроль наявності (є чи немає) та ефективності (частота, характер тощо) дихання, стан кровообігу (ознаки сильної крововтрати, внутрішніх кровотеч), запобігання переохолодженню. Усе вищеописане відповідає послідовності надання допомоги за алгоритмом, який описаний акронімами MARCHE або CABCD.

План первинного огляду за MARCHE:

- Крок М (Massive bleeding) – пошук ознак масивної (критичної) кровотечі з кінцівок \ шиї \ пахв \ паху. Допомога: прямий тиск на рану або на судини вище

поранення, накладання джгута, тампонада порожнини рани; перевірка ефективності накладених джгутів.

- Крок А (Airways) – забезпечення та контроль прохідності дихальних шляхів: ревізія\чистка ротової порожнини, відкриття дихальних шляхів. Допомога: висування підборіддя або нижньої щелепи вгору, введення носоглоткового або ротоглоткового повітроводу.
- Крок R (Respiration) – перевірка наявності та ефективності дихання: підрахунок частоти дихання; пошук травм шиї та грудної клітини з усіх сторін (огляд та пальпація), стабілізація шиї (відповідно до наявних ресурсів). Допомога: при наявності дихання і відкритої травми грудної клітини – накладання оклюзійної пов'язки на рану; при відсутності дихання – проведення серцево-легеневої реанімації (СЛР).
- Крок С (Circulation) – забезпечення та контроль функції кровообігу: перевірка накладених джгутів/пов'язок; пошук травм живота, тазу, паху, кінцівок (огляд та пальпація); накладання пов'язок на відкриті рани, проникаючі поранення; стабілізація кінцівок, хребта (відповідно до наявних ресурсів); додатково – проведення нігтьової проби, визначення пульсу.
- Крок Н (Hyperthermia) – боротьба з гіпотермією (переохолодженням): використання термоковдри або покривала, додаткового одягу, щоб зігріти постраждалого.
- Крок Е (Evacuation) – підготовка до евакуації: контроль життєво важливих функцій (свідомості, дихальних шляхів, дихання, кровообігу), повторний огляд (кожні 3-5 хв), надання допомоги відповідно до нових виявлених загроз, заповнення картки пораненого (при наявності).

Рекомендований час проведення первинного огляду 1,5-2 хв (за винятком часу надання допомоги відповідно до виявлених ушкоджень та поранень).

Повторний огляд – це огляд, за змістом аналогічний первинному, який повторюють кожні 3-5 хвилин (контроль дихання – кожну хвилину) до приїзду бригади ЕМД для виключення погіршення стану постраждалого та можливості вчасно надати адекватну допомогу, враховуючи можливості рятувальника та тактичну ситуацію

Вторинний огляд – проводиться медичними працівниками для більш детального визначення наявних травм і ушкоджень, для контролю стану постраждалого та ефективності лікування. Як правило його проводять під час перевезення постраждалого до лікувального закладу. Він включає травмоогляд (з голови до п'ят), вимірювання кров'яного тиску, вміст глюкози в крові, насичення киснем крові, ЕКГ тощо. Відповідно до знахідок під час огляду, медики надають екстрену (невідкладну) медичну допомогу.

3. Збір інформації про постраждалих

У більшості випадків постраждалий буде у змозі щось розповісти, або родичі/свідки можуть надати інформацію. Ця інформація дуже важлива з огляду на подальше лікування. Її можна збирати за наступним мнемонічним алгоритмом:

SAMPLE:

Крім того, при передачі постраждалого на наступний рівень допомоги, слід надати інформацію за мнемонічним алгоритмом:

S (Symptoms): – Симптоми, скарги постраждалого (біль, задишка, оніміння, поколювання тощо)

A (Allergies) – Алергії, що є в постраждалого

M (Medications) – Ліки, які постійно приймає або приймав постраждалий напередодні (у тому числі наркотики)

P (Past Medical History) – Особливості здоров'я: чи є/були в постраждалого важкі, хронічні захворювання (серцеві, ниркові, легеневі, цукровий діабет, онкологія тощо), соціально небезпечні захворювання (туберкульоз, сифіліс, ВІЧ, гепатит тощо), медичні/хірургічні втручання або інші захворювання, що потребують постійного медичного супроводу.

L (Last Intake) – Їжа, яку останній раз вживав постраждалий (що, коли, у тому числі алкоголь)

E (Event) – Випадок або ситуація, що могла бути причиною або сприяти ушкодженню (наприклад, пірнання, переохолодження, вплив небезпечних речовин тощо).

MIST-рапорт – це структурований алгоритм передачі інформації про постраждалого медикам бригади ЕМД.

M – механізм травми, тобто **причина**, внаслідок чого отримана травма (ДТП, вогнепальне, бійка тощо).

I – інформація щодо поранення, **опис травми/рани** (відкрита, закрита, рвана, проникаюча, скрізна тощо; яка частина тіла поранена).

S – **стан постраждалого** (свідомість, дихання, пульс; якщо виміряли декілька разів, вказати час кожного вимірювання (по можливості))

T – **допомога**, що надана (накладання джгута та час накладання, пристрої для підтримки дихальних шляхів, пов'язки, шини, ліки тощо).

4. Особливості огляду постраждалого

Якщо в звичайній штатній ситуації робота з постраждалим починається з огляду, то при всіх травматичних випадках увага рятувальників обернена лише на пріоритет зупинки масивних (критичних) кровотеч з кінцівок, шиї, пахв, паху.

Масивна кровотеча – це кровотеча, від якої постраждалий може померти в лічені хвилини. Це той стан, який вбиває найшвидше.

Ще в момент підходу до постраждалого слід звертати увагу на наявність критичної кровотечі з кінцівок, пахв, паху та шиї.

Стабільне положення на боці (стабільне бокове положення, СБП).

Стабільне бокове положення — положення постраждалого на боку, за якого дихальні шляхи у нього залишаються відкритими, навіть якщо постраждалий без свідомості.

Переведення постраждалого в стабільне положення:

4. Руку постраждалого, розміщену ближче до рятувальника, потрібно розташувати вздовж тулуба долонею догори.
5. Іншу руку необхідно зігнути в ліктьовому суглобі та завести тильний бік долоні до протилежної щоки постраждалого.
6. Дальню від рятувальника ногу зігнути в колінному суглобі під прямим кутом.
7. Притискуючи долоню постраждалого до його щоки, одночасно захопити зігнуту ногу під колінний суглоб і, використовуючи її як важіль, перевернути постраждалого на бік обличчям до рятувальника.
8. У позиції на боці зігнуту в коліні ногу розмістити під прямим кутом.

Переводити постраждалого в стабільне положення на боці слід у випадку коли в нього відсутні травми, він непритомний та дихає. Виключення – травма грудної клітки із ознаками розвитку напруженого пневмотораксу.

При закритих травмах кінцівок, травмі голови без ознак ушкодження основи черепа переводити постраждалого в СБП умовно допускається, але за можливості слід контролювати прохідність дихальних шляхів іншими засобами: підтримання нижньої щелепи за допомогою рук, введення носоглоткового або ротоглоткового повітроводу.

Вкрай не рекомендовано переводити постраждалого в СБП при травмах (або підозрі на травму чи ушкодження) ключиць, ший, хребта, тазу.

Сучасні вимоги до проведення екстреної евакуації постраждалого.

Положення постраждалого під час транспортування:

Під час вирішення питань, пов'язаних із переміщенням постраждалих, слід зважати на те, що існують два види евакуаційних робіт:

3. евакуація з небезпечної зони в безпечну (для надання домедичної допомоги);
4. евакуація з безпечної зони до медичного закладу.

Попри незначні відмінності, ці дії ґрунтуються на спільних принципах.

Найважливіше правило, яким керуються під час переміщення постраждалих, полягає в тому, що процес евакуації не має спричиняти додаткових ушкоджень, погіршення стану та збільшення кількості постраждалих унаслідок неправильної тактики й техніки дій.

Існує багато способів переміщення постраждалого. Застосовуючи кожен із них, слід ураховувати: місцезнаходження, травму, зріст і вагу постраждалого, необхідну відстань, кількість осіб, які будуть здійснювати переміщення постраждалого, наявне обладнання та час для надання допомоги.

Загальними принципами визначення необхідності та способу переміщення постраждалого є: стабільність його стану; здійснення транспортування лише за нагальної потреби; вибір безпечного методу іммобілізації, який відповідає цій ситуації; наявності декількох рятувальників – здійснення евакуаційних дій за командою одного (того, хто знаходиться біля голови постраждалого).

Правила дій під час евакуації:

1. планувати всі рятувальні дії так, щоб унеможливити травмування рятувальника (наприклад, не діставати постраждалого з-під завалу, не виключивши можливість повторного руйнування конструкції);
2. обов'язково використовувати захисне спорядження (рукавички, окуляри тощо);
3. заспокоювати постраждалого та його близьких;
4. встановити вербальний контакт із постраждалим, постійно коментувати власні дії, озвучуючи це так, щоб інформацію чули оточуючі;
5. зважати на те, що евакуація доречна лише тоді, коли місце події є небезпечним (наприклад, у разі дорожньо-транспортної пригоди);
6. реально оцінювати власні фізичні можливості;
7. обов'язково потрібно зберігати рівновагу;
8. піднімати або опускати постраждалого за допомогою м'язів ніг;
9. тримати спину прямо, а руки – ближче до тіла;
10. переміщувати постраждалого лише в разі потреби.

Підтримка притомного постраждалого

Алгоритм дій під час проведення евакуації має бути таким:

1. оцінити ситуацію, спланувати подальші дії;
2. забезпечити необхідну підтримку рятувальних служб;
3. розрахувати час, необхідний для рятувальних дій;
4. одягти захисне спорядження та підготувати евакуаційне обладнання;
5. здійснити евакуацію, обравши оптимальний спосіб транспортування постраждалого.

Способи транспортування постраждалого одним рятувальником

Задля переміщення постраждалого рекомендовано виконати такі дії:

1. відкласти іммобілізацію (якщо це можливо) до прибуття допомоги;
2. перед іммобілізацією виконати необхідні маніпуляції першої допомоги, за винятком випадків, небезпечних для рятувальника та постраждалого;
3. ураховувати те, що над постраждалим не можна стояти;
4. пояснювати постраждалому кожну дію, яку рятувальник буде виконувати.

Способи перенесення постраждалого двома рятувальниками

Розблокування постраждалих здійснюють у таких випадках:

1. за наявності на місці події небезпеки від пожежі, вибуху, обвалення конструкцій, матеріалів та/або небезпечних речовин;
2. коли рятувальні дії не можуть бути забезпечені в повному обсязі;
3. якщо неможливо отримати доступ до інших жертв, які потребують невідкладної домедичної допомоги;
4. коли постраждалий із зупинкою серця знаходиться в положенні, за якого немає змоги почати реанімацію.

Алгоритм деблокування постраждалого з автомобіля є таким:

1. вимкнути двигун (якщо він працює) та вийняти ключ із замка запалювання;
2. перед звільненням особи від'єднати пасок безпеки та перевірити ноги постраждалого (їх може бути заблоковано педалями);
3. завести власну руку під руку постраждалого, підтримуючи його голову іншою рукою;

Деблокування постраждалого з автомобіля

1. з іншого боку взятися за ремінь постраждалого, почати повільно витягувати особу з машини, постійно підтримуючи голову;
2. перемістити постраждалого на землю, (підтримуючи повсякчас голову);
3. перемістити постраждалого до карети швидкої допомоги або ліжка за допомогою жорстких нош типу «лопата».

Переміщення постраждалого за допомогою нош типу «лопата»

Перенесення постраждалих на ношах або жорсткому щиті здійснюють зазвичай два носії. Для перенесення постраждалого нерівною місцевістю бажано залучати трьох-чотирьох осіб. На ноші особу обережно кладуть та транспортують ногами вперед (під час піднімання сходами ноші розвертають).

Транспортування постраждалого на спині здійснюють у разі гіповолемічного шоку, проникаючого поранення живота, перелому нижніх кінцівок, ушкодження хребта.

Положення постраждалого під час транспортування на спині

У положенні «жаби» постраждалого транспортують у разі переломів кісток таза та поранення органів черевної порожнини.

Транспортування постраждалого в положенні «жаби»

На животі постраждалого транспортують у разі травмування та опіків спини, травмування сідниць або задньої поверхні нижніх кінцівок.

Транспортування постраждалого на животі

У стабільному боковому положенні постраждалого транспортують у разі отруєння; частого блювання під час черепно-мозкової травми; інсульту, епілептичних нападів; якщо особа непритомна чи перебуває в коматозному стані.

Транспортування постраждалого в стабільному боковому положенні

Напівсидячи та в поєднанні з положенням «жаби» постраждалого транспортують у разі поранення шиї; утрудненого дихання; перелому верхніх кінцівок; підозри на шок, інфаркт; поранення органів грудної клітки.

МАТЕРІАЛИ ЩОДО АКТИВАЦІЇ ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ ПІД ЧАС ПРОВЕДЕННЯ ЛЕКЦІЇ (за необхідністю)

1. Які основні етапи включає алгоритм MARCHE при наданні первинної допомоги?
2. Яка інформація повинна бути зібрана за мнемонічним алгоритмом SAMPLE, і чому це важливо?
3. Які ключові кроки необхідно виконати під час повторного огляду постраждалого?
4. Які методи переміщення постраждалого вручну існують, і коли їх слід використовувати?
5. Які особливості іммобілізації постраждалого за допомогою спінальної дошки?
6. Які техніки евакуації постраждалого з транспортного засобу є найбільш ефективними?

ЗАГАЛЬНЕ МАТЕРІАЛЬНЕ ТА НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЛЕКЦІЇ

Матеріальне забезпечення лекції:

- Учбове приміщення кафедри симуляційних медичних технологій
- Обладнання: ноутбук / комп'ютер, проектор, проекційний екран, дошка аудиторна, фліпчарт на тринозі
- Ілюстративні матеріали: мультимедійні презентації, манекени, симулятори, роздатковий матеріал

Навчально-методичне забезпечення лекції:

1. Робоча програма навчальної дисципліни
2. Силабус навчальної дисципліни
3. Методична розробка до лекцій з навчальної дисципліни

Навчально-методична література:

1. Наказ МОЗ України від 05.06.2019 р. № 1269 «Екстрена медична допомога: новий клінічний протокол»
2. Поліщук Л. М., Ковальчук В. В. Організація невідкладної медичної допомоги. Київ: Медицина, 2020. – 320 с.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Основні етапи первинного огляду постраждалого та їх значення для надання невідкладної допомоги.
2. Різниця між первинним, повторним і вторинним оглядом постраждалого та їх роль у процесі надання допомоги.

3. Алгоритми MARCHE та SAMPLE для збору інформації про постраждалого і забезпечення адекватної допомоги.
4. Методи переміщення постраждалого вручну та ситуації, в яких кожен метод є найбільш доречним.
5. Процес іммобілізації постраждалого за допомогою спінальної дошки та ключові аспекти забезпечення безпеки постраждалого.
6. Організація евакуації постраждалого з транспортного засобу та способи уникнення додаткових травм.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Основна:

1. Наказ МОЗ України від 05.06.2019 р. № 1269 «Екстрена медична допомога: новий клінічний протокол»
2. Анестезіологія, інтенсивна терапія і реаніматологія : навчальний посібник (ВНЗ І-ІІІ р.а.) / А.А. Ілько. - 2-е вид., переробл. і допов., “Медицина”, Київ, 2018
3. Невідкладні стани у практиці терапевта і сімейного лікаря / за ред. Єпішина А.В. – ISBN: 978-966-673-122-0. Укрмедкнига 2019 р. 380 стор.
4. Невідкладні стани в педіатрії: навчальний посібник (ВНЗ І—ІІ р. а.) / Р.І. Поцюрко, Л.С. Леськів, М.М. Монастирська та ін.; за ред. Р.І. Поцюрка. — 6-е вид., переробл. і допов. Рік: 2017, Кількість сторінок: 200 + 2 кольор.вкл., ISBN: 978-617-505-557-1.
5. Хірургія : підручник / О.Ю. Усенко, Г.В. Білоус, Г.Й. Путінцева. - 5-е вид. - К. : ВСВ “Медицина”, 2021. - 416 с.

Додаткова:

1. The Complete First Aid Pocket Guide. by John Furst / ISBN 9781507208892 - Adams Media, 2018. 190 pages
2. Manual of emergency medicine / editor, G. Richard Braen. — 6th ed. ISBN: 978-1-60831-249-8. May 23, 2011. 704 pages
3. Pediatric Emergency Medicine, Second edition, illustrated clinical cases, © 2019 by Taylor & Francis Group, LLC / International Standard Book Number-13: 978-1-4822-3029-1 (Paperback) 978-1-138-34649-9 (Hardback). 436 pages.
4. Mechanical Ventilation in Emergency Medicine. by Susan R. Wilcox & Ani Aydin & Evie G. Marcolini. ISBN 978-3-319-98409-4 ISBN 978-3-319-98410-0 (eBook). <https://doi.org/10.1007/978-3-319-98410-0> / 2019. 122 pages.
5. Acute Medicine: A Practical Guide to the Management of Medical Emergencies, 5th Edition / David C. Sprigings (Editor), John B. Chambers (Editor) - ISBN: 978-1-118-64428-7. July 2017 Wiley-Blackwell, 784 Pages.
6. 30 Невідкладних станів в терапії: навчальний посібник: за ред. проф. Ю.М. Мостового. Вінниця, 2017
7. Педіатрія. Диференційна діагностика. Невідкладні стани. / за ред. Аряєва М.Л., Котової Н.В. Одеса: ОНМедУ, 2017. 280 с.
8. Анестезіологія, інтенсивна терапія та невідкладні стани : навчальний посібник: за ред. проф. Владики А.С. Одеса: ОНМедУ, 2016

9. Наказ від 09.03.2022 № 441 "Про затвердження порядків надання домедичної допомоги особам при невідкладних станах"
10. Наказ МОЗ України від 15.03.2022 № 488 "Про затвердження Методичних рекомендацій щодо надання екстреної медичної допомоги постраждалим на догоспітальному етапі в умовах бойових дій/воєнного стану"

Електронні інформаційні ресурси

1. <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
2. <https://www.cprguidelines.eu/> – Європейська рада ресусцитації
3. <https://www.c-tecc.org/our-work/guidance> – Комітет з тактичної невідкладної допомоги постраждалим
4. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0356-22#n42> – Наказ МОЗ України від 09.03.2022 р. № 441 «Про затвердження порядків надання домедичної допомоги особам при невідкладних станах»
5. <http://www.nbuv.gov.ua/> – Національна бібліотека України
6. <https://gmka.org/uk/category/dlya-medykiv/nevidkladna-hirugiya/> – Глобальний альянс медичних знань
7. www.ama-assn.org – Американська медична асоціація
8. www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я
9. www.dec.gov.ua/mtd/home/ – Державний експертний центр МОЗ України
10. <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
11. www.gmc-uk.org – General Medical Council (GMC)
12. www.bundesaerztekammer.de – Німецька медична асоціація
13. <https://emergencymanual.stanford.edu/downloads/> – Стенфордський посібник з невідкладної допомоги

Тема № 4

ОРГАНІЗАЦІЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ НА МІСЦІ ПОДІЇ ПРИ НАДЗВИЧАЙНИХ СТАНАХ ТА МАСОВИХ УРАЖЕННЯХ

Актуальність теми: Організація психологічної підтримки на місці події при надзвичайних станах та масових ураженнях є надзвичайно важливою складовою частиною забезпечення ефективної допомоги постраждалим. Психологічна підтримка відіграє ключову роль у збереженні психічного здоров'я осіб, які пережили катастрофи, травмуючі події або бойові дії, а також у попередженні розвитку стресових розладів. В умовах надзвичайних ситуацій оперативне надання психологічної допомоги дозволяє зменшити рівень стресу, покращити адаптацію до ситуації та підвищити шанси на швидке відновлення. Важливою є координація між медичними та психологічними службами, які повинні працювати у тісному зв'язку, враховуючи специфіку травм та психоемоційного стану постраждалих.

Мета: Оволодіти основними знаннями та навичками організації психологічної підтримки на місці події при надзвичайних ситуаціях та масових ураженнях; навчитися оцінювати психоемоційний стан постраждалих та надавати першу психологічну допомогу в умовах стресу, паніки та травматичних переживань; засвоїти методи зниження рівня тривоги та стресу, сприяючи емоційному стабілізуванню потерпілих до прибуття кваліфікованих психологів та медичних працівників; усвідомити важливість інтеграції психологічної підтримки в систему медичної допомоги під час кризових ситуацій; розвинути вміння оперативно діяти в екстрених ситуаціях, взаємодіяти з рятувальними службами та медичним персоналом для забезпечення комплексної допомоги постраждалим.

Основні поняття:

Перша психологічна допомога (ППД) – це сукупність заходів загальнолюдянської підтримки та практичної допомоги ближнім, які відчувають страждання і потребу.

Надзвичайна ситуація (НС) – обстановка, що виникає на окремій території чи об'єкті, яка характеризується порушенням нормальних умов життєдіяльності населення, спричинена катастрофами, аваріями, стихійними лихами тощо.

Масове ураження – велика кількість постраждалих внаслідок техногенних катастроф, природних лих або інших надзвичайних подій, що потребують координації дій для надання допомоги.

Рятувальні операції – організовані дії служб порятунку, спрямовані на допомогу постраждалим під час надзвичайних ситуацій, включаючи евакуацію, надання медичної допомоги та забезпечення безпеки.

Психологічна підтримка – допомога, спрямована на підтримання емоційного та психічного стану постраждалих або рятувальників, що переживають стрес чи травму під час і після надзвичайної ситуації.

ПЛАН І ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА ЛЕКЦІЇ

- **Вступна частина**
- Цілі та задачі надання ППД
- Основна концепція надання ППД
- **Теоретична частина**
- Психологічні аспекти надзвичайних ситуацій та масових уражень.
- Огляд основних принципів та завдань ППД.
- **Практична частина**
- Алгоритм надання ППД.
- Техніки для зниження стресу.
- Особливості допомоги дітям.
- Розпізнавання серйозних станів, що потребують професійної допомоги.
- **Заклучна частина**
- Психологічні та етичні аспекти надання допомоги.
- Підсумки та відповіді на запитання.

ЗМІСТ ЛЕКЦІЙНОГО МАТЕРІАЛУ (ТЕКСТ ЛЕКЦІЇ)

Перша психологічна допомога (ППД) є важливим елементом підтримки людей, які пережили надзвичайні ситуації чи масові ураження. Вона передбачає надання практичної допомоги та психологічної підтримки тим, хто знаходиться в стані дистресу внаслідок кризової події, без детального аналізу причин та хронології подій. ППД орієнтована на негайне забезпечення базових потреб постраждалих, таких як інформація, їжа, вода, а також на надання емоційної підтримки та заспокоєння.

Мета ППД — створити відчуття безпеки, підтримати зв'язок з іншими людьми та допомогти людині відновити контроль над ситуацією. Вона допомагає знизити рівень стресу та тривоги, сприяючи емоційному стабілізуванню постраждалих. Важливим завданням є надання допомоги в отриманні інформації про подальші кроки та доступ до соціальних служб.

Ключові елементи надання ППД:

- **Оцінка потреб** — визначення найбільш термінових потреб постраждалих: фізичних, емоційних, соціальних.
- **Ненав'язливе надання допомоги** — важливо вислухати людину без примусу до розмови та підтримати її заспокоєнням.
- **Інформаційна підтримка** — допомога в отриманні важливої інформації про ситуацію, зв'язок з рятувальними службами чи родичами.
- **Захист від подальшої шкоди** — забезпечення фізичної безпеки та психологічного комфорту постраждалих.

Перша психологічна допомога необхідна людям, які пережили кризові події, що викликали стрес, втрату контролю або інші емоційні реакції. Це можуть бути як дорослі, так і діти. Однак не кожна людина, яка пережила кризу, потребує або прагне такої допомоги, і важливо не нав'язувати її тим, хто не бажає отримувати підтримку.

Моменти, коли ППД може бути недостатньою: Існують ситуації, коли люди потребують більш серйозної допомоги, ніж ППД. До таких випадків належать:

- важкі травми, що загрожують життю, що потребують негайного медичного втручання;
- зміни в психічному стані, що унеможливають самостійну турботу про себе або близьких;
- ризик нанесення шкоди собі чи іншим.

Як надавати ППД?

6. **Час:** ППД надається безпосередньо після події або в найближчий час після її завершення, коли людина знаходиться в стані емоційного шоку чи стресу.
7. **Місце:** Допомога надається в безпечних умовах, наприклад, на місці події чи в медичних установах, з метою забезпечити конфіденційність і спокій для постраждалих. Важливо, щоб це місце дозволяло вести бесіду без сторонніх перешкод.

Надаючи ППД, необхідно дотримуватися етичних норм, зберігаючи повагу до приватності та психологічного стану осіб, що потребують підтримки.

Завдання ППД:

5. Формування відчуття безпеки, зв'язку з іншими людьми, спокою і надії. Підтримка постраждалого, надання емоційного спокою та надії на поліпшення ситуації.
6. Сприяння доступу до соціальної, фізичної та емоційної підтримки. Визначення можливостей для отримання допомоги, контакт з медичними і соціальними установами, залучення волонтерів.
7. Зміцнення віри в можливість допомогти собі та оточуючим. Мотивація постраждалого вірити в свої сили та здатність до самопомоги.

Під час надання ППД необхідно:

6. Знайти для розмови тихе місце, де нічого не відволікатиме. Забезпечити комфортне і спокійне середовище для спілкування.
7. Поважати конфіденційність і не розголошувати особисті відомості. Гарантувати, що приватність постраждалого не буде порушена.
8. Бути поруч з людиною, але дотримуватися необхідної дистанції з урахуванням її віку, статі та культури. Важливо враховувати культурні норми і індивідуальні особливості людини.
9. Показувати зацікавленість, наприклад, киваючи головою чи вимовляючи короткі підтверджувальні репліки. Це допомагає людині відчувати підтримку і розуміння.
10. Бути терплячим і спокійним. Нервозність або поспіх можуть погіршити ситуацію.
11. Надавати фактичну інформацію, чесно говорити про свої знання. "Я не знаю, але спробую для вас дізнатися."
12. Надавати інформацію зрозумілою мовою, простими словами. Використовувати доступні терміни, щоб уникнути непорозумінь.

13. Висловлювати співпереживання людям, які говорять про свої почуття або втрати.
Важливо показати підтримку тим, хто переживає втрату або важкі емоції.
14. Надати людині можливість помовчати.
Інколи мовчання може бути таким же корисним, як і слова.

Основи психологічної комунікації:

8. Розуміти, що людина в такому стані схильна до впливу.
Кожне слово може викликати як миттєву, так і відстрочену реакцію.
9. Використовувати принцип «приєднання і ведення».
Потрібно слідувати за людиною, поступово сповільнюючи темп.
10. Бути «активною силою», яка повертає людину до ситуації «тут і зараз».
Підтримка контакту з реальністю важлива для відновлення емоційного балансу.
11. Використовувати чіткі, короткі фрази-інтервенції.
Наприклад, «Я з вами, ви не один», щоб показати підтримку.
12. Представлятися на початку розмови.
Це допомагає зменшити бар'єри і створити атмосферу довіри.
13. Фокусувати потерпілого на фізичних відчуттях.
Наприклад, попросити потиснути руку, щоб повернути контроль над тілом.
14. Використовувати техніку «Три так» для встановлення ефективного контакту.
Поставити прості запитання, на які людина зможе відповісти "так".
15. Давати людині можливість вибору. Наприклад, запитати, чи хоче вона води, чи що саме допоможе їй відчувати себе краще.
16. Уникати конфронтації і підтримувати позитивні зміни в поведінці.
Заохочувати людину до покращення її стану, підтримуючи кожен позитивну зміну.
17. Звертатися до минулого досвіду людини в подоланні стресів.
Це допомагає відновити відчуття контролю і надії.
18. Надавати інформацію про можливі стани після травматичної події.
Дати контакти фахівців і ресурсів, де людина може звернутися по допомогу.

Перша ментальна допомога за Моше Фархі:

- IV. **Р — разом:** бути поряд з постраждалим, щоб він не відчував себе самотнім.
- V. **І — ініціатива:** сприяти активним самостійним діям для відновлення відчуття контролю.
- VI. **З — запитання:** використовувати раціональні запитання, що активують мислення, а не емоції.
- VII. **У — усвідомлення ситуації:** підкреслювати, що ситуація вже завершена і починається процес відновлення.

Алгоритм перших дій у надзвичайних ситуаціях допомагає ефективно реагувати в критичних моментах і зберігати життя та здоров'я потерпілих.

Основні етапи алгоритму:

- Огляд місця події: Спершу потрібно оцінити загрози для себе та потерпілих. Це дозволяє уникнути додаткових ризиків.

- Оцінка потерпілих: Оцініть, чи є загроза життю потерпілих. Якщо так, визначте, що може спричинити смерть найближчим часом.
- Виклик фахівців: Зателефонуйте до медичних працівників або рятувальників.
- Залишайтеся з потерпілим: Підтримуйте людину до приїзду фахівців, намагаючись поліпшити її стан доступними методами.
- Налагодження контакту: Представтесь потерпілому, поясніть, як можете допомогти, і запевніть, що допомога скоро прибуде.
- Відновлення життєдіяльності: Попросіть людину дихати певним чином і встановіть контакт очима та словами.
- Відновлення орієнтації в реальності: Спілкуйтеся, щоб допомогти потерпілому орієнтуватися в ситуації.
- Дотримання етики: Уникайте звинувачень, хибних обіцянок і словесної агресії.
- Підтримка самоконтролю: Дайте потерпілому завдання, яке він може виконати, щоб підвищити його самопочуття та відчуття контролю.
- Активація допомоги від оточуючих: Співпрацюйте з іншими, давайте їм прості доручення для допомоги потерпілим.
- Захист від зайвої уваги: Залишайте потерпілого від чужих запитань, надаючи інші доручення іншим людям.
- Збереження спокою: Розумійте, що психічне збудження в кризових ситуаціях — це нормальна реакція.
- Психологічна допомога: Якщо ви не готові надавати психологічну допомогу, зверніться до професіонала.

Дотримуючись цих кроків, можна забезпечити швидке і ефективне реагування на ситуацію, не завдаючи додаткової шкоди і допомагаючи потерпілим.

МАТЕРІАЛИ ЩОДО АКТИВАЦІЇ ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ ПІД ЧАС ПРОВЕДЕННЯ ЛЕКЦІЇ (за необхідністю)

1. Які основні принципи надання психологічної допомоги постраждалим в умовах надзвичайних ситуацій?
2. Як оцінюється психоемоційний стан постраждалих на місці події?
3. Які техніки активного слухання можуть бути застосовані для підтримки постраждалих?
4. Як правильно організувати комунікацію з потерпілими, що знаходяться в стані стресу чи паніки?

5. Які основні етапи психологічної підтримки постраждалих при масових ураженнях?
6. Як запобігти виникненню психічних розладів у людей після пережитих стресових ситуацій?

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Яке значення має психологічна підтримка постраждалих на місці події в умовах надзвичайних ситуацій?
2. Які основні завдання психолога при організації підтримки постраждалих під час масових уражень?
3. Як оцінюється психоемоційний стан потерпілих на місці події, і які методи для цього застосовуються?
4. Що таке «криза» у контексті надзвичайних ситуацій, і як з нею справлятися?
5. Які принципи надання психологічної допомоги постраждалим в умовах екстремальних ситуацій?
6. Як відновити орієнтацію в поточній ситуації у постраждалих після пережитого стресу?
7. Як заспокоїти постраждалих, що знаходяться в стані паніки або шоку, на місці події?
8. Які методи активного слухання можуть бути корисними при наданні психологічної допомоги в надзвичайних ситуаціях?
9. Яка роль психолога у взаємодії з іншими службами під час надання допомоги постраждалим?
10. Які дії необхідно виконати для надання психологічної підтримки в перші години після надзвичайної події?
11. Як організовується робота з постраждалими, що пережили травматичний досвід, з метою запобігання розвитку психічних розладів?

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Перша психологічна допомога : посібник для працівників на місцях. — Київ : Унів. видав ПУЛЬСАРИ, 2017. — 64 с. :
2. Запобігання та протидія домашнього насильства: діяльність закладів освіти. Навчально-методичний посібник/Андрєєнкова В.Л., Байдик В.В., Войцях Т.В., Калашник О.А. та ін. — К.: ФОП Нічого С.О. — 2020. — 196с
3. Соціально-педагогічна та психологічна робота з дітьми у конфліктний та постконфліктний період : метод. рек. / Н.П. Бочкор, Є.В. Дубровська, О.В.Залеська та ін. — Київ: МЖПЦ «Ла СтрадаУкраїна», 2014. — 84 с.
4. Всесвітня організація охорони здоров'я. (2021). Важливі навички в періоді стресу: ілюстроване керівництво. Європейський регіональний офіс Всесвітньої організації охорони здоров'я. 126 с.