

# **В помощь сестре милосердия**

Учебно-методическое пособие (для сестер милосердия, исполняющих послушание при храмах и больницах).

Ростов-на-Дону  
2020 г.

# Оглавление

Рецензия.....	7
Историческая справка.....	9
Вступление.....	11
<b>Актуальность пособия</b>	
<b><u>Часть 1</u></b>	
<b><u>Духовные аспекты сестры милосердия.....</u></b>	<b>13</b>
А. Нравственный облик сестры милосердия.....	13
Б. Внешний вид сестры милосердия.....	13
В. Содержание сестрического ларца и экипировка сестры милосердия.....	14
<b><u>Сестричество: состав, принципы работы.....</u></b>	<b>14</b>
А. Система воспитания и образования сестер милосердия.....	15
Б. Положение о Сестричестве.....	16
<b><u>Таинства Церкви и особенности их совершения на дому (Крещение ребенка. Крещение больного. Миропомазание. Крещение страха ради смертного) ...</u></b>	<b>17</b>
Освящение помещений.....	18
Исповедь.....	19
А. Особенности исповеди на дому.....	19
Б. Помощь больному в построение исповеди.....	20
. Что такое исповедь.....	20
Г. Зачем нужны покаяние и исповедь.....	21
Д. Исповедание грехов.....	21
<b><u>Святое Причащение в домашней больничной церкви.....</u></b>	<b>25</b>
А. Особенности причащения больных.....	25
Б. Определение уровней сознания и пределы совершения Церковных Таинств.....	26
<b><u>Елеосвящение. Церковные правила.....</u></b>	<b>27</b>
<b><u>Рекомендации при погребении больных.....</u></b>	<b>29</b>
Психологические проблемы работы сестер милосердия.....	30

## Часть 2

<b><u>Системы организма.....</u></b>	<b>31</b>
Дыхательная система.....	33
Наиболее частые причины нарушения дыхания.....	34

<i>Кровеносная система</i> .....	35
<i>Нервная система</i> .....	37
<b>Техника диагностики</b> .....	<b>31</b>
<i>Первоочередной диагноз - оценка основных показателей состояния организма</i> .....	43
Дыхательные пути .....	44
Кровообращение .....	45
Сознание.....	46
Диагностика состояния сознания .....	48
Положение восстановления сознания .....	48
Температура тела .....	49
Измерение температуры тела и регистрация результатов .....	49
Позвоночник .....	50
<i>Общая диагностика организма</i> .....	40
Здоровье и болезнь. ....	51

### Часть 3

<b>Основы общего ухода за больными</b> .....	<b>50</b>
<b>Основные проблемы тяжелобольных людей и их семей</b> .....	<b>51</b>
<b>Виды режимов двигательной (физической) активности пациента</b> .....	54
Цели назначения постельного режима.....	55
Транспортировка больных и перемещение больных.....	55
<b>Контроль за санитарно-гигиеническим режимом помещения</b> .....	<b>57</b>
Контроль за санитарно-гигиеническим режимом помещения.....	<b>58</b>
Обеззараживание воздуха в помещениях.....	61
Приготовление постели.....	61
Смена постельного белья.....	61
Смена нательного белья.....	62
Уход за волосами больного .....	<b>63</b>
Уход за глазами больного .....	<b>63</b>
Уход за ушами больного .....	<b>63</b>
Уход за полостью носа больного .....	<b>63</b>
Уход за кожей больного .....	<b>64</b>
Уход за больным в период повышения температуры .....	64
Уход за полостью рта больного. ....	<b>65</b>
Подмывание больного .....	<b>66</b>
Профилактика и лечение пролежней.....	<b>66</b>
Уход за больными с недержанием мочи .....	<b>74</b>
Катетеризация мочевого пузыря.....	74
Уход за больными с недержанием кала.....	<b>76</b>

<u>Постановка клизмы и газоотводной трубки.....</u>	<u>75</u>
<u>Уход за больным при боли.....</u>	<u>78</u>
<u>Определение пульса, его характеристика .....</u>	<u>80</u>
<u><b>Измерение артериального давления на периферических артериях....</b></u>	<u><b>80</b></u>
<u>    Подсчет дыхательных движений.....</u>	<u>81</u>
<u>    Наблюдение за больными при кашле .....</u>	<u>82</u>
<u>    Кормление тяжелобольных.....</u>	<u>82</u>
Кормление тяжелобольных ложкой.....	83
Кормление с помощью поильника.....	83
Введение назогастрального зонда.....	84
Продукты запрещенные к передаче пациентам в стационаре.....	85
Мероприятия по уходу за больными в бессознательном состоянии.....	<u>86</u>
Особенности ухода за больными с нарушением мозгового кровообращения.....	<u>87</u>
Помощь в восстановлении.....	<u>88</u>
Особенности ухода за пожилыми и престарелыми людьми.....	88
Особенности ухода за больными с расстройством психики.....	88
Особенности ухода за инфекционными больными.....	89
Особенности ухода за умирающими больными.....	89
Паллиативная помощь.....	91
Принципы обслуживания пациентов в хосписе.....	93
<u><b>Домашняя физиотерапия.....</b></u>	<u><b>94</b></u>
Постановка согревающего компресса.....	95
Постановка горчичников.....	95
Применение грелки.....	96
Применение пузыря со льдом.....	97
СКЭНАР и ДЭНС терапия.....	97
<u><b>Лекарства .....</b></u>	<u><b>98</b></u>
Правила хранения и применение лекарств.....	98
Раскладывание и раздача лекарств для внутреннего употребления.....	99
Раздача лекарств.....	99
Подкожные, внутримышечные инъекции. Оказание помощи при возникновении осложнений после инъекций.....	<u>100</u>
Выполнение подкожной инъекции.....	100
Выполнение внутримышечной инъекции.....	101
Осложнения после инъекции.....	102
Использование дозированных аэрозольных ингаляторов.....	<u>102</u>
Введение капель в глаза, уши, нос.....	<u>103</u>
Подача увлажненного кислорода.....	<u>103</u>
Техника выполнения подачи увлажненного кислорода для ингаляций.....	104

#### **Часть 4**

<b>Первая неотложная помощь</b> .....	<b>102</b>
Помощь при гипертоническом кризе.....	103
Помощь при болях в сердце.....	103
Помощь при бронхиальной астме.....	104
<b>Травмы: Ушибы</b> .....	<b>106</b>
Неотложная помощь.....	106
Ушибы головы.....	106
Растяжения связок.....	107
<b>Вывихи</b> .....	<b>108</b>
<b>Переломы</b> .....	<b>109</b>
Виды переломов.....	109
Признаки переломов.....	110
Общие правила оказания первой доврачебной помощи при переломах.....	110
Переломы позвоночника и костей таза.....	111
Переломы трубчатых костей (голени, бедра, костей предплечья и плеча)....	112
Переломы костей черепа.....	113
<b>Острые кровотечения</b> .....	<b>114</b>
Наружные кровотечения.....	114
Неотложная помощь при артериальных кровотечениях.....	115
Остановка кровотечения при помощи стандартного жгута.....	117
Остановка кровотечения при помощи жгута-закрутки.....	119
Неотложная помощь при венозных кровотечениях.....	118
Неотложная помощь при желудочно-кишечном кровотечении.....	120
Неотложная помощь при кровотечениях из легких.....	121
Неотложная помощь при кровотечениях из носа.....	121
<b>Помощь при рвоте, отравлениях</b> .....	<b>121</b>
Как помочь при рвоте, если пострадавший в сознании?.....	122
Первая помощь пострадавшему без сознания.....	122
<b>Аллергические реакции: Крапивница</b> .....	<b>123</b>
Неотложная помощь.....	124
<b>Анафилактический шок</b> .....	<b>123</b>
Неотложная помощь.....	124
<b>Солнечный и тепловой удар</b> .....	<b>124</b>
Помощь.....	125
<b>Переохлаждение и замерзание</b> .....	<b>125</b>

<i>Отморожение</i> .....	125
<i>Общее замерзание</i> .....	126
<b><u>Термические и химические ожоги</u></b> .....	<b>126</b>
<b><u>Приступ судорог</u></b> .....	<b>131</b>
<b><u>«Острый живот»</u></b> .....	<b>132</b>
<b><u>Некоторые инфекционные заболевания</u></b> .....	<b>132</b>
<i>Диарея</i> .....	132
<b><u>Сердечно-легочная реанимация</u></b> .....	<b>133</b>
<b><u>Социальные аспекты жизни больного</u></b> .....	<b>139</b>
<b><u>Отзывы и заключение</u></b> .....	<b>140</b>
<b><u>Перечень рекомендуемых учебных изданий, интернет-ресурсов, дополнительной литературы</u></b> .....	<b>142</b>
<i>Основные источники</i> .....	142
<i>Дополнительные источники</i> .....	142

«Рассматривай свой труд как соработничество Богу. И тогда ты не будешь творить зло, но добро. Прежде всякого дела подумай: благословил бы тебя Бог на эту работу или нет? Потому что самое главное – помнить, что все дела совершает Господь; мы же – лишь помощники Его».

Святитель Николай Сербский.

«Всегда помните, что и без нас много желающих обидеть и оскорбить, причинить зло, а нам надо для начала, хотя бы жалеть всех, стараясь ежедневно хоть немного отбавлять от огромной горы человеческого страдания и прибавлять к малому холмику человеческой радости».

Архим. Иоанн Крестьянкин.

# Рецензия

на учебно - методическое пособие «В помощь сестре милосердия ».

Составители: И.А. Дудаков, В.О. Моргачев, Р.Н. Чуприна.

Учебно-методическое пособие «В помощь сестре милосердия » является актуальным, профессионально грамотно составленным практическим пособием, охватывающим широкий спектр вопросов, касающихся ухода за больными, первой помощи при наиболее часто встречающихся ситуациях, представляющих угрозу для жизни или здоровья больных и пострадавших.

Пособие рационально структурировано и содержит все необходимые разделы. В разделе: «Ухода за больными» даны основные правила при обслуживании тяжелых больных с различными заболеваниями. Раздел «Экстренная помощь при неотложных состояниях» включает набор статей, содержащих рекомендации и указания по первичной диагностике и проведению неотложных мероприятий; большое внимание уделено вопросам прогнозирования исходов тех или иных состояний, что очень важно с тактической точки зрения при решении вопросов о степени срочности транспортировки пострадавшего в профильное лечебное учреждение.

Следует отметить качественную и хорошо подобранную иллюстрационно-графическую составляющую учебного пособия, характеризующуюся высокой информативностью и точностью изображения манипуляций с демонстрацией, в случае необходимости, основных этапов их выполнения.

Данное пособие рекомендуется к изданию для самостоятельной подготовки по вопросам ухода за больными, оказания доврачебной помощи и может быть использовано как младшим медицинским персоналом, сестрами милосердия, несущими послушание при храмах, больницах, госпиталях и воинских частях, не имеющих медицинского образования, так и медицинскими работниками среднего звена в системе постдипломного образования.

Пособие может быть использовано преподавателями в подготовке к занятиям при обучении сестер милосердия, волонтеров, учащихся общеобразовательных школ по теме ОБЖ и просто широкого круга населения.

К пособию прикреплены 22 презентации, видеоматериалы с фильмами по уходу за больными и модульная программа.

Рецензенты: Доктор философских наук, кандидат богословия, заведующий кафедрой православной культуры и теологии Донского государственного технического университета протоиерей В.А.Тер-Аракельянц.

Доктор медицинских наук, заведующий кафедрой неотложной медицинской помощи ФУВ Ростовского медицинского университета А.В. Тараканов.

Кандидат медицинских наук, доцент кафедры пропедевтики детских болезней, православный врач РГМУ Лутовина О.В.

Пособие одобрено:

доктором медицинских наук РГМУ, член-корр. Российской Академии естествознания Р.А. Беловой, заслуженным учителем России И.А. Левиной, директором Свердловского областного медицинского колледжа, главного специалиста по управлению сестринской деятельностью Минздрава РФ в УрФО и Минздрава Свердловской области.

г. Ростов на Дону  
2020г.



## **АКТУАЛЬНОСТЬ ПОСОБИЯ.**

В настоящее время на фоне весьма разнообразных и, зачастую, противоречивых подходов к решению комплекса проблем, связанных с социальным понятием «здоровье нации», население нашей страны, как никогда, нуждается в «официальных» медицинских знаниях, и приобретать эти знания, в качестве неотъемлемого атрибута общей образованности, необходимо со школьного возраста. Безусловно, речь не идёт о том, чтобы люди без медицинского образования занимались самодиагностикой, а также самостоятельным выбором лечебных методик и лекарственных средств. Элементарная медицинская грамотность необходима иногда для сохранения жизни человека.

### **Историческая справка**

Сестринский уход за больными существовал во все времена и во всех странах мира. Женщины выполняли гигиенические мероприятия и создавали комфортабельные условия для больных, раненых и родственников.

В монастырях сестры ухаживали за больными бескорыстно. Массово для ухода за больными женщины не привлекались. На Руси уже в X веке княгиня Ольга организовала больницу, где уход был поручен женщинам. В XVI веке "Стоглавый собор" издает указ об организации мужских и женских богаделен с привлечением на работу женщин.

В 1612 году на территории Троице-Сергиева монастыря был создан первый госпиталь.

В 1618 году при Троицком монастыре возникла первая (в современном понимании) больница.

Примерно в 1707 году в Москве был создан первый гражданский госпиталь, а в 1715 году указом Петра I были организованы воспитательные дома, в которых должны были служить женщины. Затем привлечение женщины к работе в больницах было отменено, роль сиделок выполняли отставные солдаты.

В 1735 году вышел генеральный регламент о госпиталях, в котором определяется сфера деятельности женщин (мытьё полов, стирка белья). В 1763 году в Москве учреждена Павловская больница, где специально для больных женщин имелись "бабы - сидельницы" из вдов и жен больничных солдат. Но специального обучения сестер не было.

Многие авторы считают, что именно с 1803 года в России возникло "сестринское дело". Спорить с этим трудно, но именно с начала 19 века началась специальная подготовка женского сестринского персонала. В 1818 году был создан "Институт сердобольных вдов", а при больницах появились курсы сиделок для женщин. Другие авторы считают, что сестры милосердия появились в России только в 1841 году, после создания первой общины сестер милосердия (Свято-Троицкой). В 1854 году была создана Крестовоздвиженская община сестер милосердия. Ее настоятельной стала Е.М. Бакунина. Некоторые авторы считают именно ее основоположницей "сестринского дела" в России. Во время Крымской войны она проявила себя как очень хороший организатор. После войны она уехала в родовое имение, в Тверской

губернии, и организовала там лечебницу для крестьян (считается основоположницей сельской медицины). Велико участие в развитие "сестринского дела" Н.И. Пирогова - великого русского хирурга. Им была создана Крестовоздвиженская община, которой он руководил . Пирогов активно привлекал к уходу женщин, поддерживал нововведения среди сестринского персонала.

В начале XX столетия руководство благотворительными учреждениями возглавила великая княгиня Елизавета Федоровна. В 1909 году была открыта Марфо - Мариинская обитель, которая к 1911 году становится "центром милосердия" в Москве. В 1914 году община была превращена в госпиталь в связи с началом первой Мировой Войны. Подготовка сестринского персонала осуществлялась при общинах. До 1917 года в России насчитывалось 10 тысяч сестер милосердия. 26 августа 1917 года в Москве состоялся I Всероссийский съезд сестер милосердия, на котором было учреждено Всероссийское общество сестер милосердия.

Первые медицинские школы появились в 1920 году. Были разработаны программы по подготовки акушерок, медсестер и санитаров. В 1927 году под руководством Н.А. Семашко, издано "Положение о медсестрах" в котором определены обязанности медицинских сестер по уходу за больными. В 1934-1938 годах подготовлено 9 тысяч медсестер, насчитывалось 967 медицинских и санитарных школ и отделений.

В это время появляются новые требования к подготовке медсестер: "для сознательного отношения к назначениям врача, она должна быть медицински грамотна". Но на деятельность медсестер это не сказалось. Сознательное отношение к назначениям врача, даже если оно и вырабатывается, остается невостребованным (всю ответственность несет врач).

## Вступление

Это пособие было создано, для помощи сестрам милосердия, несущим послушание при православных храмах, больницах, госпиталях и особенно для тех, кто осуществляет уход за больными в домашних условиях. Материал предназначен для изучения на курсах по обучению сестер милосердия, а так же для волонтеров и широкого круга читателей. Надеемся, что это пособие поможет, хотя бы отчасти, поменять распространенное сухое бездушное отношение к страждущему человеку и найдет отклик в каждой живой душе.

Сестра милосердия... Кто она? Пока это малочисленное, но надежное воинство бесстрашных, терпеливых и бескорыстных людей, с любовью несущих, страждущим веру в облегчение, а иногда и исцеление от болезней. Попытка восстановить связь медицинского персонала с болящими людьми есть попытка возрождения христианского подхода к пациенту.

8 июля 2011 года было подписано Соглашение о сотрудничестве между Русской православной церковью и Минздравсоцразвития. Одной из форм сотрудничества в рамках соглашения стала подготовка сестер милосердия и добровольцев для осуществления деятельности в сферах здравоохранения и социального обслуживания.

Возможно ли в сегодняшних неблагоприятных условиях, президентским указом «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» (от 07.05.2012) исправить ситуацию, воплотить в жизнь мечту госаппарата - командными методами снизить смертность от болезней кровообращения, новообразований, туберкулеза, алкоголизма и наркомании, а среди социальных первопричин смертности можно назвать кризис доверия между людьми, кризис веры в обществе. Круговая порука бездушия и, как следствие, коррупции, губит нас, и медицина, как последняя остановка на пути, страдающего человека в миру, этот круг, к сожалению, замыкает.

Официальными указами невозможно научить человека гуманному отношению к ближнему. Благотворительность, увеличение количества новых методов обследования и высокотехнологичного медицинского оборудования не могут компенсировать равнодушие и грубость. Можем ли мы изменить законодательные решения по проблеме вымирания наших людей?

Сегодня в России служение несут более 130 православных сестричеств, в составе которых трудятся как медицинские и социальные работники, так и добровольцы, возрождая забытое слово «милосердие» и наполняя его новым, современным смыслом.

Сестра милосердия... Эта профессия близка к священническому служению. Спасая человека, исцеляя болезни телесные, сестры милосердия врачуют недуги душевные, по сути своей, исключая бизнес на спасении. Но как отмечает д.м.н. профессор, священник С. Филимонов «В сестринском служении должно быть полное единение духовности, милосердия и профессионализма. Если что-то из этих условий выпадает, тогда организация не будет соответствовать должному уровню. Милосердие и профессионализм должны дополнять друг друга. Если сестричество действует непрофессионально – это уже дискредитация служения»

Даже в хорошо оборудованном лечебном учреждении равнодушием и грубостью, «чиновничьим» отношением или равнодушным механическим выполнением медицинских манипуляций можно душевно ранить пациента, снизив или исключив возможность его исцеления.

Излечить человека может только любовь - единственное, что объединяет всех. Любовь рождает милосердное отношение друг к другу, сострадание, чувство

солидарности, уважение и благоговение перед человеческой жизнью. Без этого медицинская практика может быть высоко научной, но потеряет свою духовную суть. Поэтому христианский подход к больному или умирающему должен стать единственно возможным подходом к человеку во всех медицинских учреждениях. Любовь и сострадание, эти важнейшие и сильнодействующие дефицитные лекарства в сочетании с профессионализмом медицинских работников, составляют надежду отечественной медицины на снижение смертности в вымирающей стране.

Во многих лечебных учреждениях не отказались бы от помощи сестер милосердия: ведь они берут на себя обязанности по уходу, выходящие за пределы их должностных инструкций. Медсестры, например, моют безнадежно больных, меняют одежду вне расписания, разговаривают с пациентами «по душам», помогают разрешать конфликтные ситуации с родственниками, в горе по-человечески утешают родных пациента. Многие сестры являются штатными работниками стационаров, своим примером напоминая коллегам об истинном значении слова «милосердие».

Пора врачам и сестрам осознать, что пугающий их «христианский подход» к больному - это не стремление воцерковить пациента любой ценой, а воплощение, в общении с ним, главных христианских идеалов любви и милосердия. Простейшая забота о страждущем теле и о страдающей душе пациента, о его жизни и боли, о нахождении смысла в его страданиях способна помочь и перенести их достойно и умереть, не теряя человеческое достоинство. Только тогда, когда администрация лечебных учреждений перестанет пугаться женщин с красными крестами на косынках, предлагающих сотрудничество во спасение пациентов, только тогда в медицинских учреждениях перестанут ассоциировать христианство исключительно с ритуальной его стороной.

## Часть 1

### **Духовные аспекты деятельности сестры милосердия.**

Религиозное обновление, которое происходит в нашей стране, связано, прежде всего, с ролью женщины в лице супруги и матери. Весь современный мир удивлен ролью женщины в сохранении веры. Сама скромность и чистая женственность вдохновляется более всего иконой Божией Матери «Умиление». Именно русская женщина без насилия, изнутри воссоздает христианскую Россию.

#### **А. Нравственный облик сестры милосердия**

Основным принципом несения сестрического послушания должно быть сокрытие перед другими своих добрых дел. Открытие перед другими людьми сестрой милосердия своих подвигов поста, молитвы, воздержания и др. следует считать недопустимым, соблазнительным и пагубным. О чудесах исцелений и всяких сверхъестественных событиях, происходящих с персоналом и больными сестре необходимо умалчивать и сообщать только духовнику для правильной оценки происходящего.

Сестры должны с уважением и любовью относиться друг к другу, воспитывать в себе смирение, послушание, кротость, уважение к старшим, духовно противостоять всяким ссорам и конфликтам. Каждая сестра должна уметь терпеливо переносить все трудности, несправедливости и жертвовать своими интересами и амбициями ради любви к ближнему и общему делу. Сестры не должны обижаться друг на друга, сплетничать, обвинять и осуждать других, завидовать, искать славы, карьеры, высокого положения и выгоды. В своей жизни вне общины сестры также руководствуются принципами христианской нравственности. Сестре следует стремиться к непрестанной молитве, не самочинствуя при этом. Послушание следует исполнять с радостью, терпением, кротостью и любовью. Сестра милосердия всегда должна выглядеть чисто, скромно и аккуратно. Ухаживая за больными, сестра милосердия должна молиться о терпении, исцелении, облегчении страданий, покаянии и благодарения в болезни, вразумления не только больным, но и врачам.

#### **Б. Внешний вид сестры милосердия**

Сестра - милосердия имеет свою отличительную форму, ношение которой является не только почетным правом посвященной сестры, но и обязанностью, напоминающей о ее духовно-милосердной миссии: куртка или халат установленного образца; передник, цвет которого определяет вид посвящения; косынка (с крестом или без креста); нагрудный знак, на котором имеется изображение православного креста, наименование сестричества, имя сестры, вид ее послушания. Нагрудный знак помогает облегчить общение сестры с пациентом, внести ясность в принадлежность сестры к Православной Церкви и уберечь от контакта с сектантами.

## **В. Содержание сестрического ларца и экипировка сестры милосердия**

«Сестрический ларец» — предметы, необходимые для полного обеспечения таинств, совершаемых священником в больнице или на дому (причащение, крещение, соборование, исповедь, частные требы) с учетом непредвиденных ситуаций, требующих одновременного совершения нескольких таинств. Состав укладки: Св. Евангелие, Складень (переносная часовня), Крест, Требник (1, 2 часть); подсвечник, свечи-10 штук, спички (зажигалка); 2 ковшика, (один для омовения рук священник, другой для крещения) серебряная ложка (чайная); баночка с сухими просфорами; облачение для покрытия тумбочки (скатерть); косынки для больных; баночка для размачивания просфор; емкость с вином (кагор); елей и кисточка для помазания; наперсные крестики на нитке; книги «В помощь кающимся» свт. Игнатия (Брянчанинова), «Опыт построения исповеди» архим. Иоанна (Крестьянкина), «Советы болящему»; артос; емкость со святой водой; кисточки для соборования; вата; термос для теплоты, булылочка со спиртом, полотенце и простыня для крещаемых, восковая лепешка для принятия волос новокрещеного, православный календарь для правильного выбора имени, свидетельство о крещении, которое заполняет сестра, а подписывает священник. Для совершения крещения необходим тазик, ножницы и тряпка.

Сестра милосердия должна знать, как правильно расположить место для предметов, при проведении таинств; тумбочка, покрытая скатертью, располагается на восток, на ней ставят все необходимое для проведения треб: лучше освободить 2 поверхности (тумбочки, столики), одна для «требной сумки» священника, другая для расстановки предметов, необходимых для совершения Таинства; проход к тумбочкам должен быть свободен; палата должна быть чистой, а больной, умытый и чисто одетый, ему необходимо создать комфортное положение, с учетом его состояния.

За чистоту в помещении отвечает санитарка или уборщица, сестра же милосердия должна заниматься подготовкой к таинству пациента. Если в помещении достаточно места, то сестра милосердия может пригласить на таинство родственников или других людей, для создания комфортной эмоционально-психологической обстановки.

Сестра милосердия, экипированная ларцом и термосом на плечевых ремнях, готова к обеспечению таинств, для многих больных на время обхода священником болящих в стационаре и на дому. Сестра милосердия — это одна из данных свыше возможностей для спасения души своей и ближних – страждущих и недугующих.

### **Сестричество: состав, принципы работы**

Членами сестричества могут быть православные христианки не моложе 16 лет, как замужние, так и незамужние, получившие благословение своего духовника и духовника сестричества. Для замужних, необходимо письменное разрешение мужа, с которым пребывает в браке, если муж не разрешает, то сестра может быть помогающей. Возрастной предел для вступающих в сестричество — 50 лет (возможны индивидуальные исключения). Верхний возрастной предел после 55 лет определяется физическим здоровьем.

Главный распорядительный орган сестричества — общее Собрание, которое проводится не реже 2 раз в год. Текущей деятельностью руководит Совет Сестричества. Состав Совета Сестричества: настоятель прихода; духовник Сестричества; главная сестра; старшая сестра Сестричества; бухгалтер Сестричества и секретарь. Председатель Совета Сестричества является одновременно главным врачом Сестричества. Все структуры возглавляются главной сестрой, имеют право автономии и самоуправления под началом настоятеля прихода

Духовник сестричества наделен следующими функциями: отвечает за духовное развитие сестер; определяет индивидуальное послушание для каждой сестры (согласуя с главврачом Сестричества); направляет деятельность сестер на выявление больных, нуждающихся в церковных таинствах; совершает литургию, молебны, требы, проповедует Слово Божие среди медперсонала и больных; способствует развитию христианских православных медицинских движений; руководит духовным образованием сестер; обеспечивает духовное образование на курсах Сестричества.

Главная Сестра Сестричества исполняет следующие обязанности: исполнение сестрами послушаний; контролирует через старших сестер все возникающие потребности и нужды сестер и способствует их реализации; следит за своевременным исполнением сестринского молитвенного правила.

Секретарь Сестричества составляет протоколы заседаний совета и общих Собраний, ведет списки членов Сестричества и его сотрудников, списки лиц, которым оказана помощь, ведет всю документацию Сестричества и помогает составлять отчет о его деятельности.

Старшая сестра Сестричества наделена следующими полномочиями: принимает решение в пределах своей компетенции и благословения; назначает послушания сестрам милосердия; контролирует выполнение сестрами милосердия своих послушаний; участвует в выборе кандидатур сестер милосердия для текущей и перспективной учебы; принимает участие в проведении учебных занятий с сестрами милосердия; участвует в подготовке резерва сестер милосердия; принимает заявки на патронаж и контролирует его; общается с лечащим врачом и родственниками взятого на патронаж больного; следит за соблюдением сестрами милосердия Устава Сестричества; участвует в выборе кандидатур из сестер милосердия для посвящения на новую (следующую) ступень; следит за внешним видом сестер милосердия; определяет потребности сестер милосердия и содействует их удовлетворению. Помощница главной сестры ведает всеми функциями главной сестры и в ее отсутствие заменяет ее.

## **А. Система воспитания и образования сестер милосердия**

Сестры подразделяются на следующие разряды: добровольно помогающие; кандидаты в испытуемые; испытуемые (зеленые платочки); помощницы сестер милосердия (розовые курточки); посвященные сестры милосердия (белые и др. фартучки), давшие обет милосердия; сестры, принявшие посвящение по Марфо-Мариинскому чину (белые апостольники); сестры, принявшие иноческий или монашеский постриг.

Кандидаты в испытываемые общины должны пройти курс обучения «Азы православного сестрического служения», сдать зачет и получить положительную аттестацию старшей сестры по испытываемым. Испытываемые сестры в течение испытательного срока выполняют порученные послушания. В случае усердного выполнения послушаний им предоставляется возможность обучения по специальности «младшая медицинская сестра по уходу».

Сестрами милосердия могут стать сестры, прошедшие все ступени посвящений (для вдовиц в возрасте) или окончившие «училище» (для девиц); связывающие свою дальнейшую жизнь со служением Церкви и больным в сестричестве или приходе, получившие положительную характеристику духовника и Совета Сестричества; имеющие опыт послушаний не менее 9 лет с момента поступления в сестричество.

### **Б. Положение о Сестричестве**

Основным документом по которому работает сестричество, является Положение о сестричестве и положения о разных разделах работы (о богодельне, детском приюте и т.д.).

Духовником Сестричества является один из наиболее опытных священников прихода. Сестры милосердия, несущие послушание по уходу за больными на дому на момент окормления и совместной со священником помощи больным, слушаются его распоряжений и благословений, касающихся этого служения. Сестра милосердия должна оказывать всякую помощь и содействие священнику в пределах своей компетенции и благословения духовника Сестричества.

В своем служении сестры руководствуются внутренним Уставом Сестричества и Этическим кодексом медицинской сестры России от 1997 года. Сестры находятся в послушании: у духовника Сестричества; у Главной сестры и старших сестер своего подразделения. Сестры, имеющие своих духовников, тоже находятся в послушании у Главной сестры, духовника и старших сестер. Для них это послушание связано только с пребыванием в сестричестве. Все сестры должны выполнять общие послушания: помогать больным на дому и в больнице (или уход за больными) – общесестрическое послушание; помощь в уборке храмов Прихода, подготовки к праздникам, дежурство в храме во время службы — общецерковное послушание.

Придя к больному, сестра милосердия должна прочитать тропарь Божией Матери и Св. вмч. и целителю Пантелеимону, положить 3 поклона. Ухаживая за больными, сестра читает краткие молитвы: «Боже, в помощь мою вонми» (Пс. 69: 2), «Господи, помощи ми потщися» (Пс. 69: 2), «Святой великомучениче и целителю Пантелеимоне, помоги, благослови». При уходе за больными, необходимо просить им терпения, исцеления, облегчения, покаяния и благодарения в болезни, вразумления. Сестре следует не мудрствовать, а молиться короткими молитвами, содержащими основную суть просимого. Сестра милосердия должна постоянно стремиться к непрестанной молитве, самочиния в деле молитвы быть не должно. Сестре милосердия желательно иметь тетрадку, в которую она могла бы записывать все встречающиеся поучения св. отцов о служении болящим. Послушание следует исполнять с радостным чувством, терпением, кротостью и любовью. Сестра милосердия всегда должна выглядеть чисто, скромно, аккуратно. Сестре милосердия следует исповедовать Господа нашего Иисуса Христа больным, готовить больных к смерти, своевременно сообщать священнику о больных, нуждающихся в Соборовании, Исповеди и



Причастии. Сестра милосердия должна стремиться к повышению своих медицинских знаний, а духовные наставники — всячески этому способствовать. «Псалтирь по усопшим» является отдельным послушанием.

### **Таинства Церкви и особенности их совершения на дому (Крещение ребенка. Крещение больного. Миропомазание. Крещение страха ради смертного и т.д.)**

Св. Таинства установил Сам Иисус Христос: «Итак идите, научите все народы, крестя их во имя Отца и Сына и Святаго Духа, уча их соблюдать все, что Я повелел вам» (Мф. 28, 19—20). Этими словами Иисус Христос ясно указал нам на то, что кроме Таинства Крещения, Он установил также и остальные Таинства. Всех Таинств семь: Крещение, Миропомазание, Покаяние, Причастие (точнее, Евхаристия), Брак, Священство и Елеосвящение. Св. Таинства (гр. *mysterion*) — это видимые знаки, посредством которых невидимо нисходит на человека благодать Св. Духа — спасающая сила Божия. Все Таинства связаны с Таинством Причастия. Крещение и Миропомазание вводят нас в Церковь: становимся христианами и можем приступать ко св. Причастию. В Таинстве Покаяния прощаются нам грехи наши. Принимая Причастие, мы соединяемся со Христом и становимся участниками вечной жизни. Таинство Священства дает возможность совершать Таинства. В Таинстве Брака преподается благословение на супружескую семейную жизнь. В Таинстве Елеосвящения Церковь молится о прощении грехов и о возвращении больных к здоровью.

Крещение на дому у больных с постельным или полупостельным режимом целесообразно проводить в комнате, учитывая немощь больного. При этом в момент крещения вода, приготовленная для совершения таинства, может быть тоекратно вылита на больного с произнесением установительных слов. Сестра милосердия должна сразу же снять мокрую рубашку с больного, вытереть его досуха, уложить в постель и укутать одеялом. После этого протереть мокрый пол. На больного одевается сменная рубашка взамен мокрой и таинство продолжается дальше. Возможность сокращения псалмов, ектений, апостола определяется священником в зависимости от тяжести состояния пациента с соблюдением всех требований к совершению обряда, а после миропомазания, в знак очищения души благодатью Божией, человек облачается в белую одежду.

Кроме священника крещение страха ради Божьего может исполнить диакон, сестра милосердия или любой православный мирянин. Время и место совершения Таинства Может производиться в любое время и в любом месте, где имеет место реальная угроза наступления смерти больного человека в ближайшее время: дома, приемное отделение, операционная, машина скорой помощи и т. д. Для Таинства, требуется проточная вода, небольшой тазик, полотенце, наперсный крестик. Больной может оставаться в том положении, в котором ему удобно. Проточная вода наливается в тазик. Произносится формула крещения без прерывания разговорами. Между фразами производится кропление или поливание (по возможности) из тазика водой. Формула Крещения Крещается раб Божий (имя рек) Во Имя Отца. Аминь. (Кропление) и Сына. Аминь. (Кропление) и Святаго Духа. Аминь. (Кропление) После крещения необходимо одеть на больного наперсный крестик, помочь вытереться, если надо — поменять белье (мокрое на сухое). В случае крайности, когда готовящемуся к Крещению грозит смертная опасность, за отсутствием священника, совершить

Крещение могут и миряне; при этом требуется только, чтобы крещающий был православным, точно произносил формулу Крещения при тоекратном обливании; если за сим крещеный мирянином «страха смертного ради» будет жив, то Крещение над ним должно быть дополнено молитвами и обрядами, относящимися к Крещению, а также Таинством Миропомазания. Для предупреждения случаев смерти детей без Крещения, священник должен научать своих прихожан и в особенности женщин, служащих при рождении, тому, как они должны поступать в случаях близкой смерти младенцев. Необходимо, чтобы они знали тайно совершительную форму Крещения и могли бы сами совершить Крещение над младенцем, которому грозит смертельная опасность. В сомнительных случаях подобного рода, т. е. когда с достоверностью нельзя определить, что младенец крещен или не крещен, должно крестить его в условной форме: Крещается раб Божий (или раба Божия), аще не крещен есть, во имя Отца, и т. д. Если же оглашенный, который проходит огласительный период, будет находиться в смертельной опасности, он тоже должен быть крещен.

Приступая к Крещению таких лиц, необходимо быть уверенными в том, что они не находятся в состоянии беспомощности, лишаящего их возможности с сознанием и разумением выразить свою волю, и о совершении Крещения по возможности должно быть безотлагательно сообщено епархиальному начальству. А по выздоровлении они обязаны обрести свои познания о Православной вере. Над больными, которые сами за себя не могут отвечать (по слабости, лишению языка и пр.), совершается крещение, если, по их желанию, на себя возьмут ответственность говорить за немощного крещаемого другие, если они уверены в том, что тот искренно обращается к христианской вере. Женщины, в дни обычного им очищения, не должны быть крещаемы до окончания очищения, но беременность не препятствует хотящим креститься. Крещение одержимых нечистыми духами или обычных психически больных, должно быть отложено до выздоровления, но в случае смертной опасности не запрещается крестить и их.

### **Освящение помещений**

Освящение дома проводится по желанию живущих в доме, с согласия всех членов семьи. Для осуществления освящения необходимо иметь определенный перечень предметов: 1. Крест; 2. Евангелие; 3. Складень; 4. Свечи (3—4 шт.); 5. Зажигалка или спички; 6. Епитрахиль с поручами; 7. Кандия (при ее отсутствии обычные миска или салатница пластмассовые); 8. Кропило (чистая малярная кисть, помазок либо древесная ветвь с листьями); 9. Два целлофановых пакетика; 10. Подарки (несколько простых книжек о спасении); 11. Крест восьмиконечный для наклейки (или отксерокопированный); 12. Карандаш или ручка; 13. Кисточка; 14. Баночка с елеем; 15. Коробочка (для вложения предметов пп. 5, 11, 13, 14); 16. Клеящий карандаш; 17. Святая вода; 18. Памятка при освящении квартиры (помещений); 19. Опросник. Необходимо помнить, что освящение помещения - это молитва с призыванием Божией помощи так же и для изменения образа жизни, труда и душ христиан.

Вопросы, задаваемые при освящении жилья:

Не занимаются ли жильцы оккультизмом? Не исповедают ли другую веру? Не живут ли «гражданским браком»? Есть ли в доме книги по экстрасенсорике,

биоэнергетике, оккультизму, амулеты, оккультные предметы (иголки, звезды и т. п. атеистические), безбожные книги, идолы (маски африканские, божки, фигурки бесов, изображения нечистой силы, ведические рисунки, астрологические настенные календари); картины, предметы, книги и фильмы непристойного содержания (эротика, магия, ужасы, карты игральные, книги, обучающие сексуальности, противозачаточные средства)? Если, имеется что-либо из перечисленного, то оно должно быть удалено из квартиры (выброшено) до освящения. Домашние животные должны быть заперты от молящихся. Живущие обязаны принимать участие в молитве (женщины — надев на голову платок). Людям, живущим невенчанным браком, отказывать в освящении квартиры не следует. Во время освящения, кропить все углы, шкафы, ящики, холодильники, печи, антресоли, лоджии, балконы, входную дверь.

### **Исповедь**

Оказавшись на одре болезни, человек начинает невольно задавать себе вопросы о смысле своей жизни и ее результатах, переосмысливать все происходившее с ним, расставлять ценности своего бытия в должествующем, а не фальшивом порядке. Что раньше казалось важным, уходит на задний план, перестает тревожить внимание. Для человека, оказавшегося лицом к лицу с собственной жизнью и совестью, пред очами Господними, и никогда не прибегавшего к таинству покаяния, ни разу в жизни не исповедовавшегося священнику — очень важна первая исповедь. Сестра милосердия, как первая помощница священника, должна в совершенстве владеть искусством подготовки человека к первому в его жизни покаянию.

#### **А. Особенности исповеди на дому**

В чем же состоят главные особенности первой исповеди в на дому? Прежде всего, в том, что она является переломным моментом в жизни человека, в изменении его отношения к Богу, к своей совести, к окружающим людям и жизни. Другая ее особенность — то, что целью первой исповеди является очищение, прежде всего, от смертных грехов. В силу скоротечности, особенно при неотложных состояниях, болящий лишен возможности полностью освободиться от громадного количества грехов, накопившихся за много лет, прошедших с момента крещения. Скинуть такое бремя в короткий срок пребывания в болезни часто бывает невозможным и даже ненужным, так как дальнейшее воцерковление будет происходить в храме, куда Господь приведет бывшего пациента. Исповедь установлена Самим Господом, и Богом и Спасителем нашим Иисусом Христом. Он поручил апостолам принимать от верующих исповедь и отпускать грехи, а апостолы передали это Христово полномочие — через посвящение — епископам и священникам. Согласно учению Святых Отцов, болезнь посылается Богом именно для очищения души, чтобы человек, пораженный тяжелым недугом, внимательно всмотрелся в то, как он идет по жизни, куда направляет стопы свои, какие несправедливые поступки совершает, одумался и изменил свою жизнь. Покаяние имеет определенные ступени: Первая ступень — человек узнает, что есть грех. На этой ступени происходит как бы отрезвление заблудшего грешника от дурмана проводимой им безбожной жизни. Вторая ступень достигается человеком, который пытается осмыслить свои грехи, разобраться в причинах своих жизненных неудач, нечестивых и незаконных поступков, анализирует свое душевное состояние. Третья ступень покаяния открывается тогда, когда в ответ на осмысленное начинает говорить совесть, стыд за соделанное охватывает душу и сердце сжимается

до боли – от сожаления за причиненное кому-то зло. Исповедь является вторым крещением, «банею пакибытия» (то есть, обновления).

### **Б. Помощь больному в построение исповеди**

Как же сестре милосердия помочь больному построить свою первую исповедь? Святые мужи говорили так: землешаец, приступая к обработке земли, сначала выкорчевывает все пни, убирает огромные валуны, а затем приступает к уборке более мелких камней. Так и человеку, первый раз приступающему к таинству покаяния, следует в первую очередь исповедать наиболее тяжкие грехи, а затем все остальные. На этом надо акцентировать внимание. Если Господь прощает болящему грехи, — это существенно изменяет его участь: облегчает протекание заболевания, способствует иногда мгновенному или быстрому выздоровлению, или сохранению жизни в опасных, либо близких к смерти состояниях здоровья. Господь милует только за одно намерение покаяться, и что таинство начинается задолго до прихода в храм, где оно завершается разрешительной молитвой священника.

### **В. Что такое исповедь**

Сестра милосердия должна обучить больного правильной исповеди. Исповедь есть признание в грехах своих, которые лежат на совести. Покаяние очищает душу и делает ее готовую к принятию Духа Святого, а исповедь, так сказать, только очищает душу от грехов. В чем же заключается истинная и правильная исповедь? Когда пациент желает очистить свою совесть от грехов таинством покаяния, то он должен: 1. Прежде всего, веровать в Господа Иисуса Христа, и твердо надеяться, что он готов простить всякий грех, сколько бы он ни был велик, если только грешник раскается чистосердечно; нужно верить и надеяться, что Бог всячески желает и ищет нашего обращения.

Об этом Он нас уверяет через пророка так: «Живу Аз, — глаголет Господь, (то есть совершенно, отнюдь) — не желаю, смерти грешника, но весьма желаю его обращения».

2. Иметь сокрушенное сердце. Надо разобраться в том, кто есть Бог и кто мы? Бог есть всемогущий Творец неба и земли. Он есть страшный и справедливый Судия. А мы? Мы слабые и ничтожные смертные: все люди, даже самые великие люди, пред Богом менее, чем прах, и мы никогда себе представить не можем, сколько противен Богу всяческий грех, и сколько оскорбляет Его всякое беззаконие. И мы, ничтожные и слабые, мы бесконечно благодетельствованные Богом, смертные, дерзаем оскорблять Его — Всеблагого? Мы столь виновны пред Богом, столь преступны, что не только не смеем называться чадами Его, но даже не достойны быть самыми последними рабами Его. Или представить, насколько мы поражены смертельной болезнью – грехом, и от нее есть одно лечение, у одного Врача – Господа через покаяние перед Ним. Но не стоит забывать, что мы сотворены по образу и подобию Господа. Но образ Его в нас помрачен, искажен, загрязнен грехом. И с Его помощью мы после искупительной жертвы Бога Слова Воплощенного – Христа Спасителя и Сошествия Святаго Духа на Апостолов в День Пятидесятницы, мы имеем возможность через покаяние очиститься и освятиться благодатью Господней, возрастая до подобия Ему – т.е. приходя к обретению главного смысла жизни человека – обожения. Итак, представляя себе все это, вы видите, какое сокрушение, какое соблезнование надо иметь тогда, когда мы хотим очиститься от грехов. И такое чувство надобно иметь не только перед

исповедью и при исповеди, но и после исповеди. «Жертва Богу дух сокрушен, сердце сокрушенно и смиренно Бог не уничижит» (Пс. 50: 17) – вот приношение Богу, драгоценнейшее всех приношений!

3. Простить всем врагам своим и оскорбителям все то, что они сделали вредного и оскорбительного. Простить... Что значит простить? Простить – значит никогда не мстить, ни тайно, ни явно; никогда не вспоминать, совсем забыть причиненные обиды и, сверх того, полюбить своего врага, как приятеля, как брата, как друга, защищать честь его и отдавать ему во всем справедливость (Мф. 5: 44). Это **значит** простить. И кто не согласится, что это очень тяжело? Но за то и велик тот, кто умеет прощать обиды, поистине велик и пред людьми, и пред Богом. Да, тяжело прощать врагам своим; но делать нечего, надо прощать, а иначе и Сам Бог не простит. Иисус Христос сказал: «если вы отпускаете человекам согрешения их, и Отец наш Небесный отпустит вам согрешения ваши, но еже ли вы не прощаете человекам согрешения, то и Отец ваш Небесный не отпустит вам согрешений ваших» (Мф. 5: 46 – 47); напротив того, хотя ежечасно молись Богу, или имей такую веру, что и горы можешь переставлять и даже, хотя, раздай все свои имения нищим, и отдай тело свое на сожжение (1 Кор. 13: 3) – но если ты не прощаешь или не хочешь простить врагу своему, то все напрасно в таком случае: не спасет тебя ни молитва, ни вера, ни милостыня, словом сказать — ничто не поможет тебе. Но если должно прощать врагам своим, то также необходимо и просить прощения у тех, кого мы обидели; так: оскорбил, кого словом, проси прощения, приди и поклонись в ноги, и скажи: прости меня; обидел ли ты кого делом, постарайся поступками своими перед ним заглазить вину свою и вознаградить ущерб его, и тогда будь уверен, что все грехи твои, сколько бы они ни были тяжки, будут прощены тебе.

4. Без всякой утайки и чисто открыть грехи свои. «Для чего открывать грехи свои Тому, Кто знает все наше сокровенное?» — говорят некоторые. Конечно, для того, чтобы тем самым принести повинную голову. Конечно, Бог знает все наши грехи; но Церковь, имеющая власть от Бога прощать и разрешать грехи, не может знать их, и потому она без исповеди не может произнести своего решения. Тот, кто сердечно сознает себя виновным пред Богом, тот готов сознаться в грехах своих хотя бы целому свету, лишь бы только на Страшном Суде Христовом они были сокрыты от ангелов и святых человеков. Тот, кто утаивает грехи на исповеди, хотя и услышит от духовника: прощаю и разрешаю, но Дух Святой не простит и не разрешит его.

5. Положить твердое намерение впредь жить осторожнее. Вот самая трудная обязанность! Но что ж делать? Если хочешь, чтобы Бог простил грехи твои, то перестань грешить, только под этим условием Церковь разрешает кающегося от грехов его. Таким образом, сестра милосердия должна показать больному, что ради своего спасения он должен постараться переменить всю свою жизнь.

### **Г. Зачем нужны покаяние и исповедь**

Сестре милосердия следует пояснить больному, что христиане после крещения грешат и тем загрязняют и калечат свою душу. Но если мы тело свое часто обмываем и облакаем в чистые одежды, то тем более нужно очищать нам душу свою исповедью и омывть слезами покаяния. Можно ли несколько раз в год постирать одежду, или несколько раз в год умыться или вымыть тело? Наверное, можно, но при этом от тела будет исходить дурной запах, одежда вся будет грязная или изорванная, а лицо серым.

Господь сказал, что душа больше тела, а тело важнее одежды. Поэтому, душа и совесть постоянно нуждаются в омовении. Но в том и заключается сложность, что грязь на душе телесными очами не увидишь и руками не потрогаешь, так как она не материальна.

Вот что пишет об исповеди архимандрит Иоанн (Крестьянкин): «Всякий из нас по мере сил и возможностей старается в обыденной жизни соблюдать чистоту в жилище и опрятность в одежде. А есть некоторые особенно чистолюбивые люди, которые ревностно поддерживают чистоту и порядок. И как озабочен такой человек, если по каким-либо обстоятельствам эти порядок и чистота нарушаются.

Также и человек, привыкший следить за чистотой своего сердца и опрятностью своей души, не может жить без покаяния. Такой человек ждет и жаждет очередной исповеди, как иссохшая земля ждет живительной влаги. По словам псалмопевца Давида, «душа моя, яко земля безводная Тебе» (Пс.142:6). Представьте себе на минуту человека, не смывавшего с себя телесную грязь всю жизнь! Вот и душа требует омовения, и что было бы, если не было бы Таинства Покаяния, этого целительного и очистительного «второго Крещения»!

Сестра милосердия должна разъяснить пациенту, что первый раз положив начало покаянию в болезни, ему следует как можно чаще (хотя бы 1 раз в 3 недели) — прибегать к этому спасительному таинству.

#### **Д. Исповедание грехов**

При подготовке к исповеди, а затем в покаянии при совершении Таинства, лучшего всего осознать грехи, исходя из 10 Заповедей закона Божия, данного Богом еще ветхозаветным израильтянам после исхода из Египта на горе Синай, через пророка и вождя народа Божия Моисея (Исх. 20: 1 – 17; Втор. 5: 6 - 21).

Однажды во время земной жизни Иисуса Христа подошел к нему некий законник и спросил: «Учитель, что мне делать, чтобы наследовать жизнь вечную?» И получил ответ: «возлюби Господа Бога твоего всем сердцем твоим... и ближнего твоего, как самого себя» (Лк.10:25–27). Вот наши главные заповеди – это любовь к Богу и ближнему своему.

«Но так как наши обязанности к Богу и ближнему разнообразны, то и заповеди разделены Богом на десять и представлены таким образом, что первые четыре имеют отношение к Богу, а прочие шесть – к ближнему» (архимандрит Иоанн (Крестьянкин).

#### **1. Первая заповедь Божия гласит: Я Господь, Бог твой; да не будет у тебя иных богов перед лицом Моим.**

Самый страшный грех против этой обязанности каждого человека есть безбожие, то есть то самое состояние, в котором пребывает сейчас великое множество наших соотечественников, наших родных, близких и знакомых. О том, как это прискорбно, особенно родителям, чьи дети безбожники, не надо и говорить!

#### **2. Вторая заповедь Божия гласит: Не делай себе кумира, и никакого изображения того, что на небе вверху, и что на земле внизу, и что в воде ниже земли; не поклоняйся им и не служи им.** Кумиром могут быть не только вещи и предметы

идолопоклонства. Кумиром могут стать любимый дом, работа, муж, дети, животные и т. д. — когда человек начинает испытывать к этому пристрастие и обожествляет предмет (или лицо) своего почитания, ставит его между собой и Богом. Сюда же относятся: вероотступничество, суеверие, волшебство, колдовство, ворожба, гадания, человеконадеяние.

**3. Третья заповедь Божия гласит: Не произноси имени Господа Бога твоего напрасно.**

Архимандрит Иоанн (Крестьянкин): «В несчастьях и болезнях мы ропщем на Бога, осуждая тем самым Промысел Божий и волю Божию; не имея терпения перенести без ропота ту или иную скорбь или утеснение, открыто заявляем: «Бога нет!»,— «Если бы Бог был, разве допустил бы Он войны, грабежи, убийства, смерть детей и людей в юном возрасте» и т. д. Господи, мы грешим постоянно, употребляя имя Твое в пустых разговорах, как присловье».

**4. Четвертая заповедь Божия гласит: Помни день субботний, чтобы святить его.**

Шесть дней работай и делай всякие дела твои. А день седьмой — суббота Господу, Богу твоему: не делай в оный никакого дела ни ты, ни сын твой, ни дочь твоя, ни раб твой, ни рабыня твоя, ни скот твой, ни пришлец, который в жилищах твоих. Ибо в шесть дней создал Господь небо и землю, море и все, что в них, а в день седьмой почил. Посему благословил Господь день субботний и освятил его. Это не суббота, как день недели (в нашем понимании), а воскресенье — день, который Господь освятил Своим Воскресением из мертвых — седьмой день недели.

**5. Пятая заповедь Божия гласит: Почитай отца твоего и мать твою, чтобы продлились дни твои на земле,** которую Господь, Бог твой, дает тебе. Грехи против пятой заповеди: Грехи против родителей: Холодность и равнодушие к родителям. Непослушание родительской воле, согласной с христианскими заповедями. Худое, грубое, непочтительное обращение с родителями, укоры и злословие их. Пренебрежение родительским благословением и молитвами. Оставление молитвы за родителей. Проклятие своих родителей. Нежелание слушать и исполнять родительские наставления.

То же относится и к отношению к родственникам, начальникам, наставникам.

**6. Шестая заповедь Божия гласит: Не убивай.** Для женщин грехами против этой заповеди являются, прежде всего, аборт. Умышленное детоубийство является наиболее тяжким грехом. Современная женщина пытается оправдаться тяжелыми жизненными обстоятельствами, плохим социальным положением, забывая, что чрево становится плодоносным лишь по воле Божией. Поэтому и после исповеди женщина должна замаливать такой грех до конца своей жизни: «Прости меня, Господи, за убитых во чреве детей моих» — эту краткую молитву всегда можно соединить с утренним молитвенным правилом. Также грехами против этой заповеди являются гнев, раздражение, обида на ближнего, носимая в сердце. Злая и нескрываемая ненависть. Жестокость к убогим или уродам. Нетерпеливость больного при лечении. Пренебрежение при обычном врачебном лечении духовными методами врачевства. Архимандрит Иоанн (Крестьянкин): «Если мы живем невоздержанно, предаемся объядению, пьянству, развратной жизни, табакокурению, увлекаемся чрезмерно другими нечистыми удовольствиями, разрушающими здоровье, то мы — самоубийцы.

Есть некоторые христиане, которые считают грехом лечиться. Можно, конечно, определить себя на терпение и не лечиться, но тут легко можно впасть в самонадеянность и гордыню: «Пусть лечатся слабые верой и грешные... а мы не такие!» Лучше уж так: пришла болезнь – подлечись. Пройдет боль от лекарства и лечения – слава Богу, не пройдет – терпеть и Бога благодарить за испытание. Вот как должен поступать христианин!

Не совершаем ли мы убийства своей души, нисколько не заботясь о ее спасении?».

7. Седьмая заповедь Божия гласит: **Не прелюбодействуй**. Грехами против этой заповеди являются: Блуд. Прелюбодеяние. Мужеложство. Лесбиянство. Скотоложство. Кровосмешение. Детораствление. Малакия (рукоблудие). Оральный секс и другие виды половых извращений. Групповой секс. Разврат. Гражданский брак без венчания и юридической регистрации в органах государственной власти, т.е. незаконное блудное сожителство.

8. Восьмая заповедь Божия гласит: **Не кради**. Этой заповедью запрещаются: Грабеж или неоказание помощи ближнему во время бандитского нападения. Кража. Клептомания (болезненная страсть к воровству). Хранение или покупка краденого. Не обличение вора или его укрывательство. Принятие закладов или покупка вещей у пьяницы или игрока «по дешевке», пользуясь их несчастным состоянием.

9. Девятая заповедь Божия гласит: **Не произноси ложного свидетельства на ближнего твоего**.

Этой заповедью запрещается всякая ложь во всех ее видах. Отец лжи – диавол, и потому никогда и никакая ложь не может быть оправдана. . Осуждения и пересуды. Осуждение, увы, – это самый любимый предмет наших разговоров. А Господь сказал: «Не судите, да не судимы будете» (Мф.7:1).

10. Десятая заповедь Божия гласит: **Не желай жены ближнего твоего и не желай дома ближнего твоего, ни поля его, ни раба его, ни рабыни его ... ни всего того, что принадлежит ближнему твоему**. Эта заповедь направлена против любого проявления зависти.

Лица, не имеющие иерейского сана, дьяконы и прочие клирики, равно как и миряне, не имеют права разрешать кого-либо от грехов и принимать исповедание.

Добровольное открытие греха мирского лица другому мирскому лицу — врачевание души ближнего советом, наставлением, увещанием или утешением — все это дело хорошее само по себе, но достоинства таинства, а потому и разрешительной силы иметь не может. Если нет нужды, то такой больной может исповедоваться у своего духовника.

Умиравшие, которые, находясь в бесчувственном состоянии, не могут исповедоваться, можно разрешить, если сами они велели призвать духовника, или если нравственное состояние их известно духовнику, по неоднократной прежней исповеди. Равным образом освобождаются от полной исповеди те, которые, по причине тяжести болезни и страданий, или ослабления сил своих, не могут окончить своей исповеди без опасности для жизни, или же когда есть опасность, что больной умрет или потеряет сознание, не докончив своей исповеди



## **Святое Причащение в домовой больничной церкви**

Таинство Св. Причащения установил Иисус Христос на Тайной Вечери, в присутствии Своих учеников. «И когда они ели, Иисус взял хлеб и, благословив, преломил и, раздавая ученикам, сказал: примите, ядите: сие есть Тело Мое. И взял чашу и благодарив, подал им и сказал: пейте от нее все, ибо сие есть Кровь Моя Нового Завета, за многих изливаемая во оставление грехов». (Мф. 26: 26 – 28, Мк. 14, 22—26, Лк. 22, 15—20). На литургии, во время Евхаристического канона, в момент молитвы, призывающей Святого Духа, хлеб и вино пресуществляются в Тело и Кровь Христовы. Принимая Св. Причастие, больные соединяются со Христом, Христос пребывает с ними, благословляет их и укрепляет на терпение болезни, исцеляет душу и тело. Причащение больных в больничной церкви за литургией несравненно выше причащения в палате запасными Св. Дарами. Сестра милосердия должна пояснить больным цель и смысл причастия, обходя больных или получив заявку от кого-либо, выясняет может ли последний ходить и как быстро у него развивается утомление. Заранее расписав между собой больных, подготовив их к исповеди и причастию до начала литургии, сестры докладывают служащему священнику о готовности и числе больных, их состоянии и особенностях. Получив благословение, сестры помогают больным и сопровождают до храма (это все может выполнять и одна, специально назначенная для этого сестра, или дежурная сестра милосердия). Сестра милосердия, приведшая «своих» больных в храм, во время службы следит за их самочувствием и после службы своевременно уводит по местам.

Тяжелобольных следует причащать дома или в палате. В требнике существует специальный краткий чин о том, как причастить больного запасными Святыми Дарами. Сестра раскладывает все необходимое у постели больного, в удобном месте, на тумбочке или на подоконнике. После того, как священник поставит на стол дарохранильницу, к столу прикасаться уже нельзя. Чинопоследование причащения (страха ради смертного) в домашних условиях следующее. Придя к больному, священник расстилает илитон (плат) на столе, покрытом скатертью; на воздухе полагает дароносицу и поклоняется пред нею низко и произносит необходимые по чину молитвы. На время совершения исповеди сестра милосердия и ходячие пациенты покидают комнату, оставшиеся лежащие больные закрывают уши до указаний священника.

### **А. Особенности причащения больных**

Сложились определенные правила для подготовки больных ко Причащению. Основой этих правил является то, что необходимо сохранить пост перед Причащением, и в то же время — что в особых случаях больного можно причащать не натощак, в зависимости от степени тяжести заболевания, и сохранять у больного благоговейное отношение к таинству. Правила составлены для того, чтобы выработать у врачей, священников и сестер милосердия унифицированный (единый) подход к этому вопросу и избавить сестер от недоразумений и разногласий в определении времени последнего приема пищи перед Причащением и срочности подготовки к таинству больных с различными нозологическими формами. Время последнего приема пищи перед Причащением определяется в зависимости от профиля и степени тяжести заболевания, срочность подготовки к принятию Причастия — в зависимости от

длительности госпитализации. Причащать нельзя: с утра перед плановой операцией; перед операцией по неотложным показаниям (так как для предотвращения выброса желудочного содержимого в верхние дыхательные пути вводится зонд в желудок; перед ФГДС (фиброгастроуденоскопия), желудочным зондированием (в день процедуры); если будет производиться санация зубов полости рта (в день санации). До причастия разрешается принимать только таблетки с небольшим количеством воды, если это строго необходимо. При возможности, от приема лекарств лучше воздержаться. Причащаться целесообразно за ранней литургией. Больным неврологического профиля послабляется сидеть или лежать во время службы. Послаблений в еде нет.

Лицам с заболеваниями желудочно-кишечного тракта – язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии обострения, если назначено строго почасовое кормление, – разрешается вкушать небольшое количество пищи до Причастия. При патологии зубов, полости рта необходимо провести лечение, так как наличие отверстий в зубах, могут привести к попаданию в них во время причащения частичек Тела Христова, откуда возможно их вымывание во время туалета рта и извержения (что является смертным грехом). Инфекционные больные, распространяющие инфекцию, не должны находиться в храме, так как это может привести к заражению других людей. Восполняется смиренной домашней молитвой по мере сил.

Беременным послабляется сидеть во время службы. Лучше расположиться ближе к выходу, в притворе храма, чтобы из-за нехватки воздуха не возникали обмороки. Женщинам во время дней очищения (месячные) и роженицам в течение 40 дней после родов в храме пребывать можно, но без причастия (исключение — причастие при болезни со смертельной угрозой). Причащать больных женщин вскоре после родов и во время обычного очищения возможно в предсмертном состоянии и умирающую при ее естественной нечистоте, т.к. это явление совершенно не зависит от ее воли.

У детей, страдающие целиакией, благодатию Божией, никаких осложнений и обострений после причащения не возникает. Целесообразно употребление запивки и маленького кусочка антидора или просфоры после Причащения. Вкушение целой просфоры не рекомендуется, потому что, как правило, вызывает реакцию.

Священник всегда должен быть готовым явиться к больному для напутствия его Св. Тайнами. При больших охватах людей и территорий эпидемическими болезнями надо стараться, по возможности, напутствовать больных в домах, не требуя привезти их в церкви, так как при подобных болезнях инфицированные подвергаются часто таким приступам, при которых перевезти их с места на место невозможно. В таких случаях священник должен внушать прихожанам, чтобы они непременно приглашали его для напутствия больного к себе в дом, не возя больного в храм, — и по первому их требованию безотлагательно являться в дом к больному.

При угрозе рвоты лучше не причащать больного в то время и выждать — не прекратится ли рвота.

**Б. Определение уровней сознания и пределы совершения Церковных Таинств**

Сестре милосердия необходимо, чтобы правильно оценить срочность в потребности совершения таинств (крещения, причащения, соборования) и возможность этого согласно каноническим правилам Православной Церкви, владеть навыками определения степени нарушения сознания.

1. Ясное сознание — полный контакт с окружающей средой, ориентировка в пространстве, времени и себе. Больной должен четко назвать свои фамилию, имя, отчество, год рождения, сегодняшнее число и год, место в которой он находится.

2. Оглушенное сознание. — Оглушенное умеренное — сонливость, периоды бодрствования укорочены, больной вступает в контакт, правильно отвечает на вопросы, но медленно, с опозданием. Глотательный, дыхательный рефлексы сохранены.

3. Оглушение выраженное — ретро- и антеградная амнезия, вял, безразличен к окружающей обстановке, дает односложные ответы («да» или «нет»). Не укажет места нахождения. Не будет жаловаться на острую боль. Помнит события последних 1—2 дней. На сложные вопросы («Кем Вы работаете?», «Когда Вы ушли на пенсию?») не ответит.

4. Оглушение глубокое — нарушена пространственная ориентировка, нет контакта, открывает глаза на громкую речь. Болевые рефлексы сохранены. Правильно отвечает о себе. На вопросы «Сколько Вам лет?», «Как Ваше имя?» ответ дает по слогам и не сразу.

5. Сопор (сам в себе) — полная утрата сознания и контакта. Открывает глаза на громкий крик, торможение. Болевая реакция сохранена. (Среднему и младшему медперсоналу проверять болевые рефлексы нельзя). Больной ничего не просит, не жалуется. Нарушение витальных функций (нарушение дыхания и т. д.). Не просится на судно.

6. Кома — полная утрата сознания (не реагирует на слова, боль, команды не выполняет).

7. Старческая деменция (слабоумие), характеризуется неадекватностью поведенческих реакций (могут быть прорывы в сознании). Имея данные о степени ясности сознания, сестра милосердия может правильно оценить возможность совершения того или иного таинства.

Благодатью Божией больным подается возможность, хотя и односложно, отвечать на духовные вопросы. Это связано с тем, что священнослужитель является носителем благодати и то, что не проявляется при опросах сестры милосердия, может открыться при разговоре священника с больным.

Можно ли соборовать больного в стадии сопора или комы (бессознательное состояние)? Можно, если больной, находясь в состоянии сознания, желал совершения таинства. Могут происходить прорывы в сознании и больной может прийти в себя.

#### **Елеосвящение. Церковные правила.**

Разрешение недоумений при совершении таинства Соборования в больнице. Место Елеосвящение должно быть совершаемо или в церкви, если больной может оставить одр, или вне церкви, где находится больной, среди собрания людей.

При совершении таинства елеосвящения становится стол и на нем блюдо с пшеницею (за невозможностью же иметь пшеницу, употребляется мука). Вверху пшеницы ставится кандило праздное (сосуд), в который вливается елей и вино. Около

сосуда с елеем и вином водружают в пшеницу семь стручков (кисточек), обвитых бумагою (хлопчатую) к помазанию. Обыкновенно сюда же (между стручками) вставляют семь зажженных свечей. На столе, кроме того, полагается Евангелие и крест. Священники, в фелонях, становятся около стола, и они, равно как и все присутствующие, имеют зажженные свечи.

Больной, пред совершением над ним елеосвящения, должен быть приготовлен к нему исповедью или покаянием.

В случае же смертной опасности, он должен быть также и причащен Св. Тайнами пред елеосвящением. После каждого чтения Евангелия произносится краткая сугубая ектения, читается особая молитва, положенная после каждого Евангелия на ряду, и за нею совершительная молитва таинства елеосвящения.

После седьмого помазания больной, приемлющий елеосвящение, если может, сам входит среди священников, или стоит между ними, поддерживаемый окружающими его, или же, если не может стоять, сидит или лежит на одре. Если же больной после елеосвящения скоро умирает, то елей обычно возливается на умершего крестообразно

По совершении елеосвящения больной причащается Св. Тайн, если не был причащен прежде. Св. Церковь желает, чтобы при совершении елеосвящения был собор пресвитеров. Отсюда таинство елеосвящения именуется соборованием. Полный собор пресвитеров состоит из семи. При неудобстве собрать такое число священников, дозволяется совершать елеосвящение трем и двум. В крайнем же случае может быть совершено таинство это и одним священником, но с тем, чтобы он совершал оное от лица собора священников и произносил все молитвы, сколько их есть. В этом последнем случае один священник совершает таинство силою всей Церкви, которой он есть служитель, и лицо которой собой представляет: ибо вся власть Церкви содержится в едином священнике.

Елеосвящение должно быть совершаемо только над больными, и притом — больными опасно. К больным также должны быть отнесены в этом случае и дряхлые старцы, которые, при старческой дряхлости, ежедневно ожидают себе смерти, или вообще кажутся близкими к смерти, хотя и не имеют определенной болезни.

Не дозволяется же совершать елеосвящение: а) Над здоровыми (кроме предусмотренного по благословению епархиального архиерея допуска один раз в год в один из многодневных постов). б) Над грешниками нераскаянными. в) Над такими больными, которые потеряли рассудок и находятся в беспамятстве; священник же прежде не знал их нравственного облика и религиозных убеждений. Но если больной выражал перед тем свое желание принять таинство, будучи в сознании, если не только словом, но хотя бы каким-либо знаком — движением руки или глазами, показал свое раскаяние во грехах, то не запрещается совершать над ним елеосвящение, хотя в то время он находился бы без сознания. г) Над такими больными, которые в умопомешательстве неистовствуют, беснуются и могут нанести какое-либо оскорбление или бесчестие святости таинства, елеосвящение не должно быть совершаемо, пока не минует опасность. д) Над младенцами, не достигшими раскрытия и употребления разума (так как младенцы до семи лет не приступают к таинству покаяния, то и елеосвящение не должно быть совершаемо над детьми, не достигшими семилетнего возраста). Ни под каким видом не должно быть совершаемо над

умершим. ж) Над одним и тем же человеком, когда он, по выздоровлении, снова заболит, елеосвящение может быть повторяемо, так как оно есть врачевство; но оно не должно быть повторяемо над болящим, пока он находится в одной и той же болезни. Если случится в доме несколько больных, тогда все они могут быть помазуемы одним елеем (за одним богослужением), также точно во время массовых эпидемий болезней один елей может быть употреблен для многих больных.

Обряд может быть: 1. Полный: таинство совершается строго по чинопоследованию, без каких-либо опущений (больные в удовлетворительном состоянии).

2. Дробный: сестра милосердия, посещая больного накануне таинства, в день его совершения, заранее у постели больного вычитывает весь канон и тропари. Если состояние больного не позволяет сохранять молитвенное состояние в течение всего канона и он быстро устает, канон разбивается по частям и вычитывается за несколько посещений. Такая практика позволяет сестре милосердия заранее выяснить быстроту утомляемости пациента и предупредить священника. От сестры требуется знание чинопоследования таинства и совершенное чтение на церковнославянском языке.

3. Краткий чин для тяжело болящих, составленный по благословию Св. Синода РПЦ МП.

падения со значительной высоты и т. п. б) умерших скоропостижно с необыкновенными

### **Рекомендации при погребении больных**

Не совершается погребение по обряду Православной Церкви над младенцами — хотя имеющими и христианского исповедания родителей, но умершими до принятия крещения. Из православных лишаются христианского погребения вольные самоубийцы, как-то: самовольно убившие себя, самовольно утопившиеся, умершие от пьянства и проч., если только самоубийство произошло не в состоянии их умопомешательства. Умершие от употребления крепких напитков не должны быть причислены к вольным самоубийцам, как случайно, а не намеренно причинившие себе смерть, а потому и не должны быть лишены церковного погребения. Священник не должен также совершать погребения прежде судебно-медицинского осмотра в следующих случаях: а) умерших вскоре после наружного механического насилия, от ушиба, от раны, от припадками, подающими повод к подозрению в отраве; в) умерших от наружного воздействия вредных паров, мазей, ванн, умываний, пудры и т. п.; г) если найдено мертвое тело со знаками наружных насилий, или без них; д) при смерти людей, бывших внешне здоровыми и умерших скоропостижно от неизвестной причины; е) если найдено мертвое тело новорожденного младенца; ж) также в тех случаях, когда есть подозрение в умышленном умерщвлении и изгнании плода, и з) когда возникнут жалобы о приключившейся смерти от непозволительного лечения шарлатанами, оккультистами и другими лицами, не имеющими права на лечение. Сюда относятся также тела мнимо умерших, замерзших, утонувших и т. п. Все подобные умершие не погребаются до завершения следствия и окончательного заключения по данному делу. Принятие Св. Тайн пред кончиною не служит в таких случаях препятствием к судебно-медицинскому осмотру и вскрытию тела умершего. Умершие от особо опасных инфекций не должны быть захоронены на общих

кладбищах, но на особом карантинном кладбище, с соблюдением всех требований по захоронению инфекционных больных.

Пастырь, находящийся у постели умирающего, не должен стремиться убедить его с позиций разума в существовании загробной жизни или ограничиваться просто успокоением — он должен помочь умирающему реально пережить опыт богообщения уже в этой жизни, помочь человеку соединиться со Христом, соединиться навеки, навсегда и в таком единении перейти в вечность. Это и определяет направление пастырской деятельности у постели умирающего. Да и у постоянных членов Церкви в период умирания может возникнуть много проблем. Пригласить священника могут как на дом к умирающему, так и в больницу. Конечно, если врачебный прогноз заведомо ясен и оперативное вмешательство продлит жизнь лишь на очень краткое время, пастырь должен советовать родственникам такого больного взять его домой. В этом вопросе христианская точка зрения совпадает и с врачебной. Родные хорошо знают его привычки и характер, чтобы однажды заменить успокоительные уколы любимым блюдом или питьем, что в любом случае приятнее, нежели инъекция.

Каждый из нас, потеряв любимого человека, испытывает чувство бесконечной боли; больной же теряет все, что он любил. Изливая душу, он скорее примирится со своей судьбой и будет благодарен тем, кто в этой стадии депрессии спокойно остается рядом с ним, не твердя о том, что не надо печалиться. Иногда умирающий более полно принимает слова евангельского благовестия, ищет укрепления в молитве и Святах Тайнах, у некоторых только в этот момент может впервые появиться опыт общения с Богом, от встречи с Которым они по тем или иным причинам устранились, живя прежней жизнью. Этот собственный религиозный опыт, все большее и большее единение со Христом в Таинствах укрепляют больного, дают ощутить реальность будущей жизни. Важно только, чтобы в этот период пастырь смог посетить умирающего.

По издревле существующему в Православной Церкви обычаю, над телом умершего мирянина, монаха и диакона читается Псалтирь. Над почившим священником и епископом читают Евангелие. Псалмы принято читать непрерывно (кроме времени, когда совершаются при гробе панихиды или литии) до погребения усопшего и в память его после погребения. Это чтение утешает скорбящих о почившем и обращает их молитвы о нем к Богу. Совершать чтение Псалтири по усопшему может всякий благочестивый мирянин.

## **Психологические проблемы работы сестер милосердия.**

Сестринский персонал, оказывающий помощь умирающим больным, находится в состоянии постоянного эмоционального и физического напряжения. Облегчая тягостные симптомы, уменьшая страдания и боль, находясь рядом с больным до последних минут его жизни и видя смерть, сестры милосердия испытывают следующие проблемы:

- профессиональная и человеческая ответственность не только перед больным, но и перед его окружением;
- ощущение собственной смертности;
- восприятие и переживание собственной беспомощности;

- стресс, постоянная утрата тех, за кем пришлось ухаживать.

В результате, весь медицинский персонал и окружающие пациента близкие люди, нуждаются в психологической поддержке, чтобы сохранить эмоциональное и физическое здоровье.

Психоэмоциональное напряжение уменьшают:

- хорошая организация работы;
- создание атмосферы сотрудничества, поддержки и взаимопонимания между всеми членами коллектива;
- чтение молитв и духовная поддержка священника.

Если заболит тот, кто ухаживает за другими, качество ухода снизится. Поэтому все лица, ухаживающие за больными, должны правильно питаться, иметь личное время, включая перерывы в работе по уходу, проводить какое-то время с другими людьми и иметь достаточное время для сна.

## Часть 2

# **Организм человека. Основные органы и их функции. Здоровье и болезнь.**

Конституция человеческого организма одновременно и удивительно прочна, и крайне уязвима. Его жизнь, по большому счету, обеспечивается здоровым функционированием трех основных систем: кровообращения, дыхательной и нервной регуляции. Понимание принципов их работы составляет основу эффективной работы по уходу за больными и оказанию неотложной медицинской помощи.

Уход за больными и оказание первой помощи предполагает в первую очередь немедленные действия практического характера, а наличие глубоких медицинских знаний у человека, которому выпало эту помощь оказывать, не является чем-то обязательным. Между тем, понимание основ биологии человеческой жизни и принципов функционирования основных механизмов тела позволят любому человеку адекватно реагировать на неожиданные изменения в состоянии здоровья больного или травмированного. Осмысленные действия позволяют в полной мере воспользоваться имеющимися у вас навыками по уходу за пациентами.

В начале, мы разберем три биологические системы, ответственные за поддержание человеческой жизни, - дыхательную, кровеносную и нервную. Затем рассмотрим основные практические навыки первой помощи в постановке диагноза, оценке состояния пациента и, собственно, лечебные мероприятия в условиях, когда одна или несколько жизненно важных систем организма серьезно поражены.

## **Системы организма**

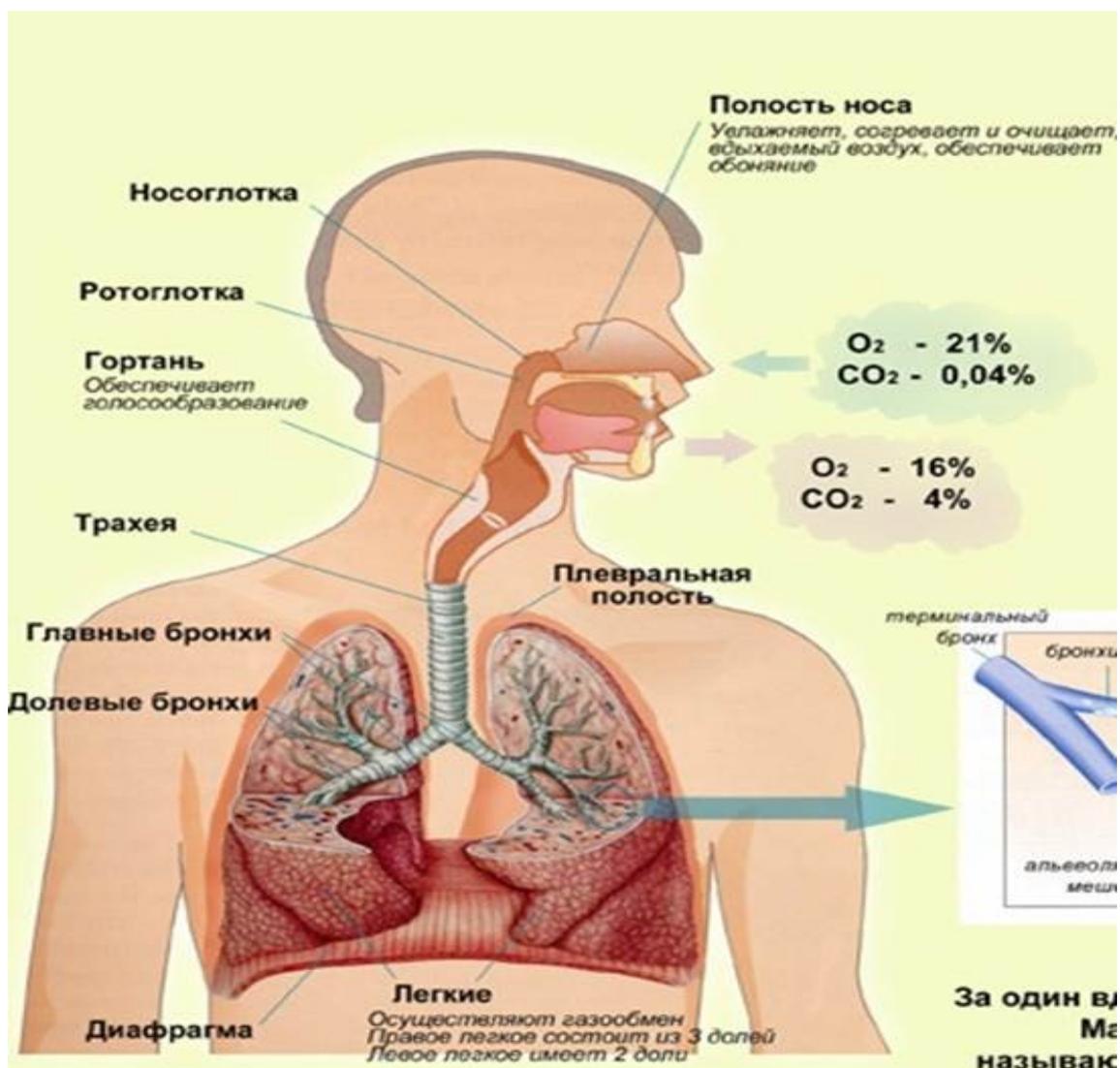
Любому медицинскому работнику следует твердо усвоить важнейший принцип: снабжение организма кислородом. Все ткани человеческого тела, в особенности главные его органы, в отсутствие кислорода быстро погибают. Подача воздуха извне, извлечение из него кислорода и насыщение им крови обеспечивается органами дыхания. Сердечно - сосудистая система прогоняет кровь по организму, доставляет кислород во все его ткани, одновременно освобождая от продуктов распада. Наконец, нервной системой регулируется ритм и эффективность работы всего этого механизма.

В ситуации, когда необходимо оказать пострадавшему первую помощь, первым делом следует обеспечить ему полноценное функционирование всех трех указанных систем. Если хотя бы одна из них работает нестабильно, обязательно развивается гипоксия, или пониженное содержание кислорода в крови. Предположим, у человека перекрыты дыхательные пути. В итоге воздух не подается в легкие и в кровь не поступает свежий кислород. В свою очередь, это означает, что в крови содержится недостаточное количество кислорода для полного насыщения кислородом организма (гипоксия).

Если причина не устранена, наступает омертвление тканей и органов. Головной мозг наиболее уязвим в отношении гипоксии. Без кислорода клетки мозга начинают гибнуть уже через 3 минуты, а при полном его отсутствии в течение 5 минут развиваются необратимые церебральные нарушения (*cerebrum* – мозг) или прекращение работы мозга. Соответственно, при наличии угрозы жизни пострадавшего абсолютным приоритетом в действии медицинского работника является борьба с гипоксией. И все действия должны быть направлены на эффективную поддержку всех трех систем организма. Эти системы мы рассмотрим подробно.



# Дыхательная система



Дыхательная система состоит из ротовой полости, носа, трахеи и легких с сетью легочных артерий, по которым насыщенная кислородом кровь попадает в общий кровоток. Процесс дыхания контролируется вегетативной нервной системой, входящей в состав нервной системы организма и регулирующей основные рефлективные процессы, например, сердечные сокращения и температуру тела. Дыхание начинается с вдоха, который является следствием согласованного действия целой системы мышц, включающей межреберные мышцы, диафрагму, группы мышц живота и шеи. В итоге грудная полость увеличивается и в легких образуется вакуум, куда, пройдя через рот и нос, устремляется поток воздуха.

Воздух первоначально проходит через носовую полость и трахею, состоящую из хрящевых колец трубки, длина которой у взрослого человека равна 10 - 12 сантиметров и которая делится на два бронха (ветви первого У-образного деления трахеи, именуемые первичными бронхами). В результате дальнейшего последовательного деления бронхов образуется целая сеть воздухопроводящих путей в теле легкого, заканчивающаяся мельчайшими протоками-бронхиолами с альвеолами на концах.

Альвеолы представляют собой мельчайшие воздушные пузырьки, через которые происходит жизненно важный процесс насыщения крови кислородом и освобождения ее от углекислого газа. Каждая альвеола покрыта сетью тонкостенных кровеносных сосудов-капилляров (в данном случае легочных капилляров). Капилляры имеют микроскопический диаметр и принимают кислород через стенки альвеол, направляя его затем в кровоток, взамен отдавая альвеолам углекислый газ и другие продукты обмена, которые выбрасываются из организма на выдохе. В среднем взрослый человек производит от 12 до 20 дыхательных циклов (вдох-выдох) в минуту в зависимости от нагрузки (при интенсивных нагрузках требуется более высокая степень потребности в кислороде организма). Общий ритм дыхания контролируется головным мозгом, который отслеживает уровень кислотно - щелочного равновесия крови, зависящий от содержания в ней углекислого газа. Когда содержание углекислого газа слишком высоко, организм от него избавляется с помощью учащенного дыхания.

## ***Наиболее частые причины нарушения дыхания***

**Обструкция дыхательных путей** - попадание вглотку чужеродных предметов; опухание языка или горла; удушье; попадание жидкости в дыхательные пути.

**Кислородная недостаточность** - вдыхание дыма или газа; кессонная болезнь; болезнь высоты.

**Травма груди или легких** - переломы грудной клетки; сломанные ребра; прокол легкого (пневмоторакс); гемоторакс; ожог дыхательных путей раскаленным воздухом.

**Отравления** ядовитыми газами.

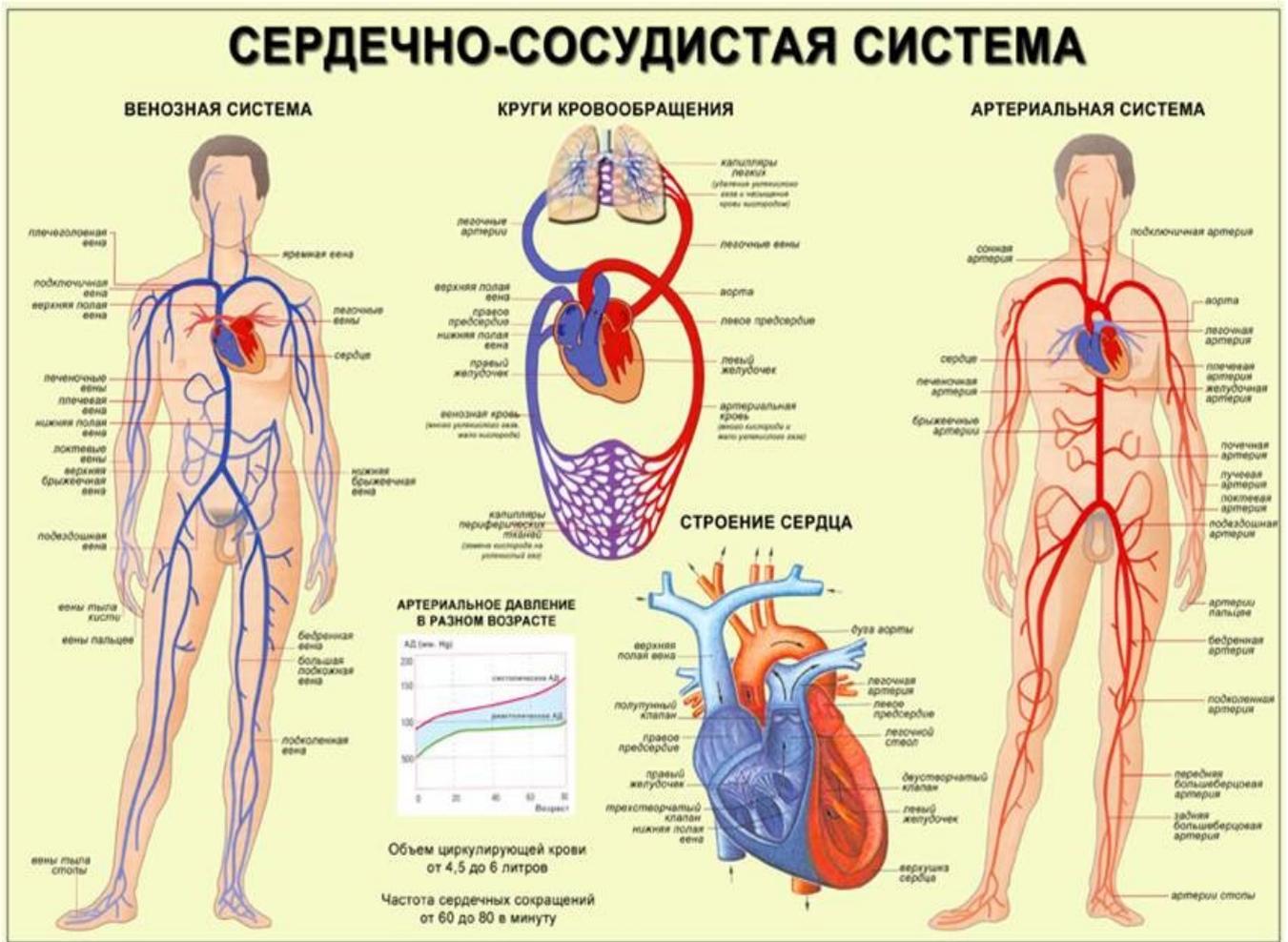
**Травма головы** - повреждение участка головного мозга или нервов, регулирующие процесс дыхания.

**Вторичные повреждения** - болезни сердца или шок, вызвавшие остановку дыхания.

**Аллергические заболевания** - бронхиальная астма; анафилактический шок.

**Воспалительные заболевания** - бронхит; пневмония.

# Кровеносная система



Подобно дыхательной системе, кровеносная система работает циклами, ключевым элементом воспроизведения циклов является сердце, сокращаясь непрерывно и ритмично, оно перегоняет насыщенную кислородом кровь по сети, кровеносных сосудов. В состоянии покоя сердце взрослого человека бьется со скоростью от 60 до 80 ударов в минуту, ускоряя ритм до 190 ударов в периоды сильного напряжения, когда потребность организма в кислороде максимальна.

Цикл работы системы начинается при поступлении крови, отдавшей кислород, по венам в правую полость сердца, предсердие, и затем выталкивании правым желудочком через легочную артерию в направлении легких. В легких кровь вновь насыщается кислородом и возвращается в сердце, где скапливается в левом предсердии, а впоследствии левым желудочком выбрасывается в аорту (самый крупный кровеносный сосуд) и проходит через все тело человека. Току крови по организму (по артериям от сердца и по венам назад в направлении сердца) способствуют сокращения самих кровеносных сосудов. Между малыми венами и артериями расположены мельчайшие капилляры, через тонкие стенки которых кислород и питательные вещества поступают из крови в ткани, а из тканей в кровь попадают продукты обмена.

Сердце и кровеносные сосуды составляют основу кровеносной системы, однако к жизненно важному процессу очищения крови и регуляции ее состава подключены селезенка, печень, почки и мочевые органы. Зависимость от работы сложных и важнейших органов делает кровеносную систему подверженной широкому кругу заболеваний и опасностей, однако в контексте первой помощи интерес представляют следующие основные болезни и повреждения системы:

**Шок** - вызываемый потерей организмом значительных объемов крови и жидкости.

**Повреждения или патологии кровеносных сосудов** сосуды могут быть повреждены в результате травмы или заблокированы сгустком крови. И в том и в другом случае нормальный кровоток нарушается.

**Пониженная оксигенация (недостаток кислорода)** - проблемы с дыханием сказываются на эффективности работы системы кровообращения, что обусловлено снижением содержания кислорода в крови. Гипоксия также может вызываться различными формами анемии (уменьшение в красных кровяных тельцах количества гемоглобина, ответственного за перенос кислорода к тканям организма). Причины анемии могут быть самыми различными, от потери крови до наследственных генетических анемий.

**Нарушение работы сердца** - возможен внезапный спазм артерий сердца или нарушение их проходимости (например, вследствие тромбоза) с результатом в виде сердечного приступа. В этом случае сердце либо прекращает биться, либо сокращается часто и неэффективно.

Другой сердечной патологией является **стенокардия**, вызываемая недостаточным кровоснабжением сердечной мышцы в периоды больших нагрузок из-за суженных коронарных артерий. Стенокардия при своевременном оказании помощи может купироваться, при неблагоприятном течении может перейти в острый инфаркт миокарда.

# *Нервная система*

Нервная система состоит из центральной, периферической и вегетативной нервных систем.

**Центральная нервная система (ЦНС)** вырабатывает все нервные реакции человека и осуществляет функции регулирования. ЦНС слагается из миллиардов нервных клеток, формирующих головной и спинной мозг.

Головной мозг ассоциируется у нас с мыслительной деятельностью, эмоциями и сознанием как таковым. Головной мозг также контролирует и регулирует многие важнейшие функции организма, например функция дыхания и ритм сердечных сокращений.

Головной мозг имеет сложное строение и подразделяется на отделы. Передняя часть его объема, именуемая полушариями головного мозга, составляет две трети его общего веса, в среднем равного 1,4 килограмма и ответственна, главным образом, за процессы мышления, речь, отдельные мышечные движения и анализ сенсорной информации. За полушариями головного мозга расположен мозжечок (в задней части черепа на уровне ушей), воспринимающий сенсорные сигналы, от мышечных движений и отвечающий за равновесие. Ствол мозга, начинающийся в центральной части головного мозга и опускающийся к позвоночнику. Ствол мозга отвечает за регуляцию функций дыхания, кровяного давления и сознания. В медицинской практике гибель ствола мозга часто служит последним подтверждением смерти человека. Весь головной мозг защищен тремя мозговыми оболочками, омываемыми спинномозговой жидкостью, играющей роль амортизатора между мозгом и черепом, через нее же происходит питание мозга.

Другая часть центральной нервной системы представлена спинным мозгом, отвечающим не только за многие рефлекторные реакции, но и за поступление информации от периферических нервов к головному мозгу.

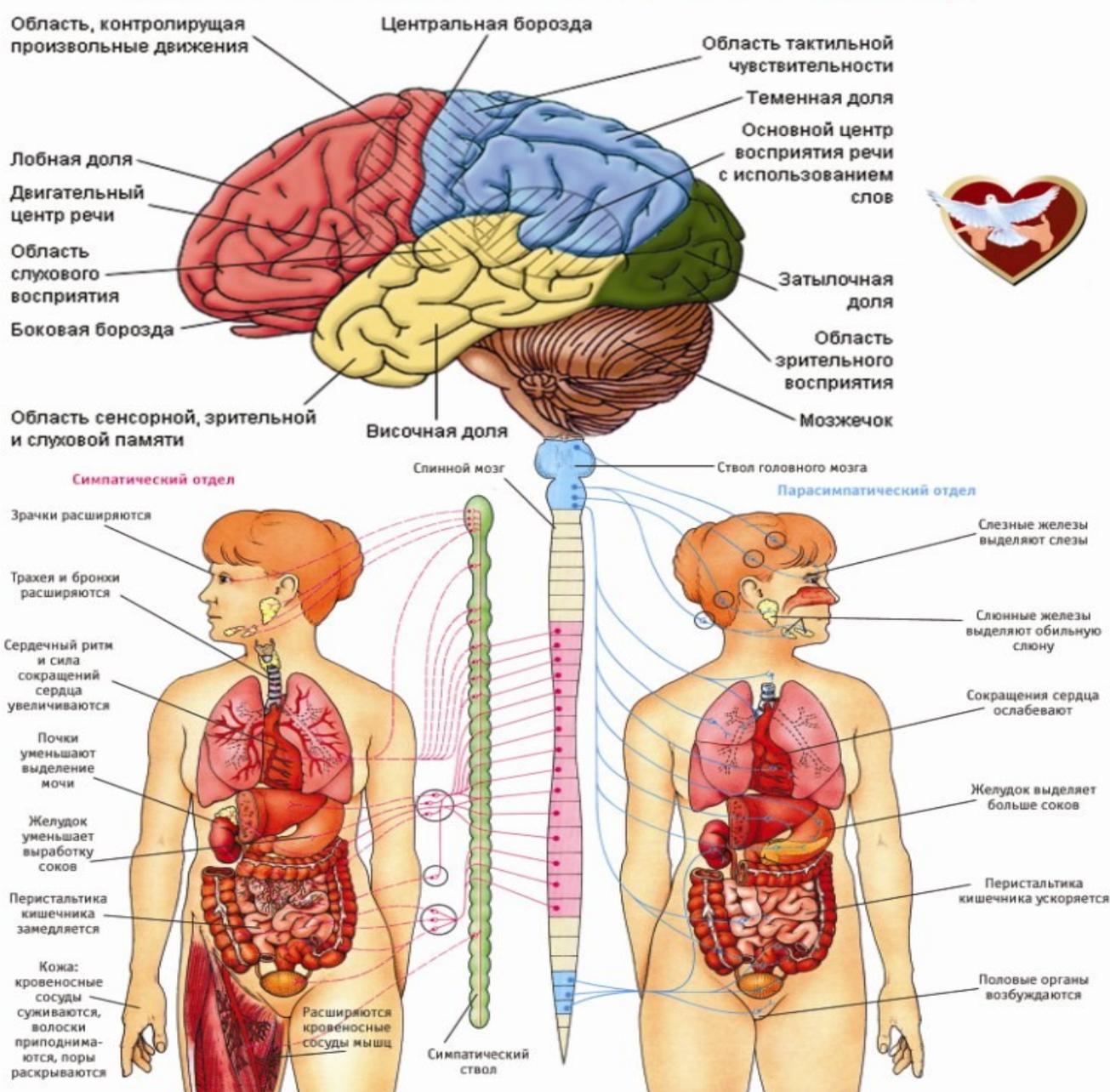
ЦНС переходит в периферическую нервную систему. Через нее сенсорная информация от мышц, кожи и скелета поступает в головной и спинной мозг. Периферическая нервная система составлена из трех основных групп нервов:

1. 12 пар черепно - мозговых нервов, начинающихся в основании головного мозга и поставляющих информацию о жизненно важных функциях организма от обонятельных до характера сердечных сокращений.

2. Спинно-мозговых нервов, передающих сигналы от кожи и мышц в спинной мозг и обратно.

3. Узлов и сплетений нервов, работающих во взаимодействии с вегетативной нервной системой. Эта система включает в себя нервы, через которые производится регуляция основных функций организма, в частности, работы сердца, поддержания температуры тела, физиологических побуждений и пищеварения.

# НЕРВНАЯ СИСТЕМА



Нервная система имеет широчайший спектр задач. Она ответственна и за слабую головную боль, и за возможную мгновенную смерть человека. Наиболее часто со стороны патологии нервной системы можно ожидать следующие:

**Травмы головы** - повреждение головного мозга в результате либо его прямого поражения, либо сдавливания, например вследствие деформации черепа.

**Повреждение или компрессия позвоночника** - травмирование позвоночного столба может привести к повреждению спинного мозга с потерей чувствительности, утратой контроля за физиологическими функциями или параличом.

**Инфекции и болезни мозга** - такие заболевания как менингит, энцефалит или внезапное образование опухоли мозга могут настичь человека в любое время.

**Инсульт** - кровоизлияние в мозг или закупорка кровеносных сосудов мозга, вследствие чего нарушается кровоснабжение и питание мозга.

**Эпилепсия** — вызывается нарушением передачи импульсов в мозге, и характеризуется приступом судорог с полной потерей сознания либо, как легкая форма эпилептического припадка, или фокальный припадок, поражающий определенные участки тела с кратковременным помрачением сознания.

Перечисленные недуги, затрагивающие функционирование кровеносной, нервной и дыхательной систем организма, при лечении повреждения или заболевания важно учитывать, что если пораженной оказалась одна система, то другие непременно начнут проявлять собственные симптомы. Приоритетом, особенно, при оказании первой помощи - любого рода является контроль за состоянием указанных трех систем и необходимые действия в их отношении.

Между тем, прежде чем производить оценку состояния больного или пострадавшего и оказывать ему адекватную помощь, медицинский работник должен применить методику всесторонней, системной и точной диагностики.

## Часть 3

### Общая диагностика организма

#### *Техника диагностики*

Диагноз - основа всех последующих лечебных действий, а потому точность диагноза имеет первостепенное значение. Диагностика в экстремальных условиях - это нечто отличное от диагностики, проводимой врачом, способным поставить быстрый диагноз. Ваша диагностика будет направлена не на постановку врачебного диагноза, а возможность оказания неотложной помощи и обеспечение ухода за больными или пострадавшими там, где вы оказались.

При внимательном обследовании человека можно многое выяснить о его состоянии. Только после того, как вы оценили существующую или потенциальную угрозу для жизни человека и нейтрализовали ее, можно обращаться к исследованию менее угрожающих симптомов и переходить к их лечению. Ваше проведение диагностики должно складываться из четырех этапов:

**Первоочередная оценка** - касается основных показателей состояния организма, ставит цель выяснить угрожающие жизни пострадавшего повреждения или заболевания, требующие немедленных действий.

**Общая оценка** - полный осмотр пострадавшего с головы до ног для полного представления о его состоянии и выяснения возможных путей дальнейшего лечения. Прежде чем приступать к осмотру, расспросите пострадавшего (если он в сознании) как он себя чувствует.

**Оценка обстоятельств** - сбор сведений о причинах повреждения или заболевания (история болезни), что также поможет вам определиться с дальнейшими действиями по оказанию помощи.

**Оценка обстановки** - оценка особенностей окружающей обстановки. Выясните, в какой степени среда благоприятствует действиям по оказанию немедленной помощи пострадавшему и дальнейшему его лечению.

Понятно, что перечисленные этапы оценки не разделены жесткими границами и, в зависимости от обстоятельств, могут производиться практически одновременно. Если случай действительно серьезный, выделяйте самое опасное для жизни. Если наблюдается нарушение жизненно важных функций организма (дыхания, кровообращения и сознания) все прочие медицинские проблемы будут отсрочены до их восстановления.



Оценка состояния больного или пострадавшего при оказании первой помощи должна проводиться методично и последовательно. Первоочередное внимание — жизненно важным системам организма. После выполнения первоочередных мероприятий по выявлению и стабилизации положения, в котором оказался человек, вы должны перейти к исследованию состояния всего его тела с головы до пят с целью обнаружения других повреждений или нарушения тех или иных функций, переходите к осмотру всей поверхности тела

**Голова.** Осмотрите лицо и поверхность черепа на наличие крови. Проследите за возможным кровотечением или выделением жидкости из носа и ушей (иногда такие выделения могут свидетельствовать о повреждении черепа или мозга); осмотрите глаза на наличие чужеродных элементов, посмотрите, не слишком ли различаются зрачки по своему размеру (один из признаков повреждения мозга или паралича). Проверьте, может ли пострадавший контролировать движения глаз из стороны в сторону и сверху вниз (неспособность может свидетельствовать о повреждении мозга). Поинтересуйтесь у пострадавшего по поводу любых проблем со зрением; осмотрите нижнюю челюсть, нет ли перелома или смещения; убедитесь в симметричности лица (если одна из сторон опала или плохо контролируется, возможно, причина в параличе); осмотрите на наличие повреждений ротовую полость (выбитые зубы, сильно кровоточащие десны).

**Кожа.** Сначала выясните, не приобрела ли кожа необычный цвет или оттенок. Если пострадавший человек с темной кожей, обратите внимание на более светлые участки кожи, в частности, на пятках, внутренней поверхности век и губ, на ногти на руках и ногах. Эти участки могут приобрести следующие цвета:

*Синюшный или землисто-серый цвет губ и ногтей на руках* может свидетельствовать о гипоксии, нарушении дыхания, наличии сердечного приступа или других проблем с сердцем. Если человек пребывает без сознания, условия среды соответственные, речь может идти о мозговой малярии. *Потемневшая кожа* - один из симптомов голодания.

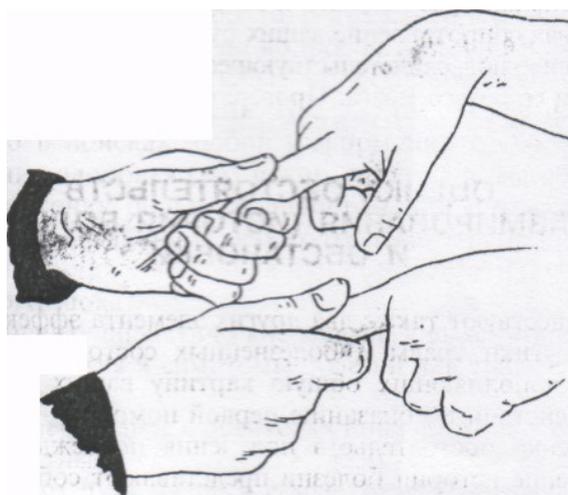
*Бледная кожа* в сочетании с низкой температурой и увлажненностью свидетельствует о шоке, а бледность губ и век о возможной анемии. Бледность кожи возможна и при дефиците пищевого белка и гипотермии. *Покраснение кожи* - жар, тепловой удар или солнечный ожог. *Желтый цвет кожи* - заболевания печени, например гепатит или цирроз, заболевание желчного пузыря.

Цвет кожи - не единственный объект вашего внимания. Проверьте, не увеличены ли *лимфатические узлы* на шее, под мышками, в паху, что свидетельствует о борьбе организма с вирусом или инфекцией. Увеличение отдельных лимфатических узлов обычно указывает на близкое расположение очага инфекционного заражения. Обратите внимание на *наличие сыпи* в сочетании с другими признаками контакта с потенциально опасными материалами. В тропических районах осмотрите *поверхность кожи*, нет ли вздутий или шишек, появившихся вследствие укуса паразитов.

**Шея.** Не изменяя ее положения, ощупайте шею пальцами со стороны верхнего участка позвоночника в поисках любых неровностей. Визуально оцените состояние дыхательного горла на наличие любых внешних повреждений: ран, кровоподтеков, вздутий, изменения цвета и т. д.

**Грудная клетка.** Очень важно убедиться в том, что при дыхании правая и левая стороны груди перемещаются одинаково. Прослушайте грудь, нет ли одышки, хрипов, хруста или свистящих звуков, свидетельствующих о присутствии жидкости. Обратите внимание на возможное всасывание кожи между ребрами и у основания шеи в районе ключиц. Эффект всасывания обычно бывает при недостаточной проходимости дыхательных путей. Осмотрите грудь на наличие любых повреждений.

**Руки.** Путем визуального осмотра выясните, есть ли у пострадавшего переломы и опухоли. Обратите внимание на цвет ногтей, их синюшный цвет может свидетельствовать о нарушении кровообращения и дыхания. Спросите у пострадавшего, не ощущает ли он в руках онемения или покалывания, считающихся признаком повреждения нервов или позвоночника. Попросите его сжать в руках ваши указательные пальцы и оцените, одинакова ли сила захвата (если нет, это говорит о повреждении головного мозга, в частности инсульте, либо травме самих рук).



**Живот.** Проверьте, нет ли на животе необычных вздутий и внешних повреждений, не слишком ли он твердый и неподатливый (возможный признак заболеваний, типа перитонита). Если пострадавший жалуется на боль, локализируйте источник боли, слегка нажимая пальцами на живот и ориентируясь на его реакцию. При отсутствии в течение длительного времени стула, можно говорить о непроходимости кишечника (хотя обычно состояние сопровождается другими симптомами, в частности сильной рвотой).

**Область таза и половых органов.** Выясните наличие кровотечения или значительной потери жидкости через отверстия тела, что может указывать на повреждение внутренних органов или инфекцию. Есть ли сыпь или другие внешние признаки венерического заболевания?

**Ноги.** Если пострадавший может ходить, попросите его пройти по прямой линии, чтобы проверить равновесие. В противоположном случае попросите несколько раз поджать и выпрямить ноги, преодолевая сопротивление ваших рук. Отметьте различие в силе ног, свидетельствующее о повреждении нервов и спинного мозга. Проверьте реакцию на щекотку.

Существуют также два других элемента эффективной диагностики травм и болезненных состояний любого рода, дополняющих общую картину ваших предстоящих действий по оказанию первой помощи.

**Оценка обстоятельств** получения повреждений или выяснение истории болезни представляют собой взгляд в прошлое, тогда как **оценка обстановки** - это взгляд в будущее.

**Оценка обстоятельств**, предполагает сбор относящихся к событию фактов, помогающих лучше понять состояние пострадавшего, определиться с лечением, а потому такая оценка является абсолютно необходимым условием оказания первой помощи. Основными источниками данных следует считать:

Свидетельства самого потерпевшего, а также рассказы очевидцев происшествия, людей, которые воочию наблюдали развитие событий или болезни (включая вас).

Результаты осмотра места происшествия, в том числе одежды пострадавшего.

Рассказы потерпевшего, других людей и то, что видели вы сами, могут дать ценные подсказки в отношении характера повреждений, с которыми вам предстоит иметь дело, в особенности повреждений, полученных в результате падения с высоты. Выяснение того, как именно упал пострадавший, позволит сразу очертить круг наиболее вероятных травм. Задайте очевидцам максимальное число вопросов и выясните все детали происшествия; любые подробности могут оказаться крайне полезными. Исследуйте одежду пострадавшего в поисках любой информации о состоянии его здоровья (возможно, в кармане вы обнаружите карточку больного диабетом или иным хроническим заболеванием), каких-то лекарств (например, ингалятора для астматиков или средства от аллергии).

Примените дидактические навыки и выясните причину, ход развития и симптомы болезни или травмы пострадавшего.

Далее переходите к **оценке обстановки**. При особо неблагоприятных условиях вам, возможно, придется заняться этим чуть ли не в самую первую очередь. Вам нужно оценить то воздействие, которое оказывает среда на нынешнее состояние потерпевшего, и то, как внешние условия будут сказываться на его состоянии в дальнейшем.

Обычно в расчет принимаются такие факторы среды, как температура воздуха, скорость ветра, влажность одежды больного или потерпевшего, воздействие солнца, возможность нападения животных или человека (первых может привлечь запах крови, последних — соблазн воспользоваться уязвимым положением группы), вероятная перемена погоды, скорое наступление темноты. Подумайте, какие внешние обстоятельства усугубят переживаемые пострадавшим проблемы. При переохлаждении (гипотермия) или перегревании (гипертермия) человеку необходимо укрытие. Если есть аллергические реакции из-за укуса насекомого, обезопасьте больного от дальнейших атак со стороны насекомых.

## *Первоочередной диагноз.*

При первом контакте с пациентом вы можете растеряться, в особенности, если повреждения действительно серьезны, ужасны на вид и сцена сопровождается

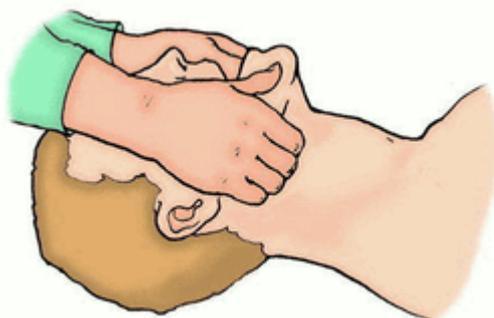
отчаянными криками и стонами пострадавшего. И вам следует проявить максимальную выдержку. Сделать это трудно, но необходимо, особенно при наличии нескольких пострадавших. Если человек кричит, это, по крайней мере, означает, что проходимость дыхательных путей не нарушена, сам он находится в сознании и может дышать. Вам же необходимо обратить внимание на тех, кто не издает никаких звуков и находится без сознания, поскольку их жизни может угрожать непосредственная опасность, но вы не должны игнорировать и тех, кто просит о помощи.

Осматривая пострадавшего, получившего серьезную травму или переживающего приступ болезни, вашим первым диагностическим действием должна стать проверка проходимости дыхательных путей, наличия дыхания и кровообращения.

## *Дыхательные пути*

Если человек находится без сознания, тогда отсутствие контроля за мышечной деятельностью может привести к западанию языка в глотку, что создаст преграду на входе в дыхательные пути и делает дыхание невозможным. Воспрепятствовать дыханию могут и другие вещи, например кусок пищи или съемный зубной протез. Поэтому одним из первых ваших действий должен быть осмотр ротовой полости пострадавшего. Очистите ее от крови, рвотных масс, любых посторонних предметов, вытяните вперед язык. Чтобы освободить дыхательные пути, положите ладонь на затылок пострадавшему, а два пальца другой руки поместите под подбородком. Слегка запрокиньте голову, действуя медленно и очень осторожно, имея в виду, что у человека может быть повреждена шея или позвоночник. Дыхательные пути откроются, и человек сможет дышать самостоятельно.

Может получиться так, что преграда дыханию не видна и находится дальше в гортани или еще глубже, в дыхательном горле. В этом случае вам придется воспользоваться более радикальными методами извлечения посторонних предметов, например приемом Хаймлиха или другими подобными действиями.



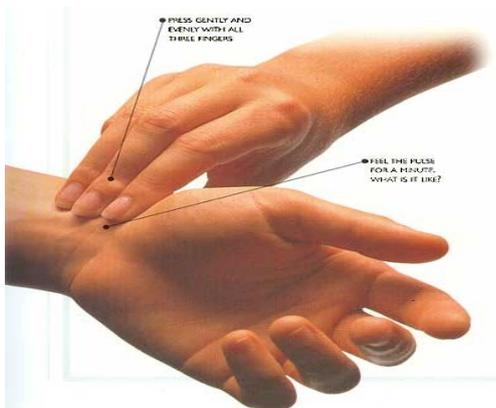
## Освобождение дыхательных путей и контроль за дыханием.

Восстановив проходимость дыхательных путей (сделать это необходимо за несколько секунд), проконтролируйте дыхание пострадавшего. Наклонитесь над его лицом и приблизьтесь щекой к губам и носу своего пациента, одновременно следите за движением его груди. В таком положении вы сможете установить наличие или отсутствие дыхания тремя способами: ощущая дыхание на своей щеке, слыша его и наблюдая за движениями груди, которые должны быть одинаковыми на вдохе и выдохе. Если в течение 10 секунд дыхания не наблюдается, то можно сделать вывод о его отсутствии, что требует проведения реанимационного пособия. Если дыхание пациента необычно замедленно, затруднено или поверхностно, то вам, возможно, необходимо прибегнуть к искусственному дыханию изо рта в рот, применив защитные средства.

## *Кровообращение*

Основное правило - осмотреть пострадавшего на наличие значительного кровотечения или общей потери воды организмом, а также проверить пульс и измерить давление. Предотвращение кровопотери предполагает обнаружение любых источников кровотечения и остановку крови наиболее подходящим способом. Вы должны предупредить развитие геморрагического шока. В экстремальных условиях, сопряженных с пребыванием в холодном климате, осмотр тела пострадавшего должен производиться особенно тщательно, поскольку объемная влагонепроницаемая одежда способна хорошо маскировать места обильного кровотечения. Проверить пульс можно в двух местах. Одно из них лучевая артерия на запястье. Приложите три пальца к внутренней стороне запястья примерно на 1 сантиметр от лучезапястного сустава. Другая точка проверки пульса находится на основании сонной артерии. Проведите пальцами от заднего угла нижней челюсти вниз по шее, пока пальцы не лягут в углубление рядом с горлом, здесь и прощупайте пульс. Если пострадавший мужчина, то пульс можно обнаружить, проведя пальцами от кадыка к тому же углублению рядом с горлом. Если в течение 10 секунд пульс не прощупывается, можете делать заключение об остановке сердца и приступить к реанимации. Если пульс обнаружен, проследите за его ритмичностью и напряжением. Научитесь это делать заранее, попрактиковавшись на себе самом или на ком-то еще.

Если проконтролировать пульс затруднительно, обратите внимание на другие признаки нарушения кровообращения, например: цвет кожных покровов. При наличии таких признаков, возможно, приемы оживления будут излишними.



А. Приложите три пальца (ни в коем случае не один большой палец) к внутренней стороне запястья примерно в 1 сантиметре от сгиба кисти со стороны большого пальца.



Б. Проведите пальцами от заднего угла нижней челюсти вниз по шее, пока пальцы не лягут в углубление рядом с горлом.

## **Сознание**

Степень угнетения сознания в медицинской практике оценивается по шкале Глазго, но состояние сознания пострадавшего с достаточной степенью точности можно оценить, воспользовавшись и шкалой *СГБО*, где:

**С** — **Сознание присутствует.** Пострадавший пребывает в ясном сознании, отдает себе отчет в собственном положении, адекватно реагирует на внешние раздражители. Общается с окружающими.

**Г** — **Голос.** Пострадавший реагирует на голос, хотя его реакции могут быть вялыми или неадекватными. Для подтверждения этого уровня сознания предложите пострадавшему выполнить несколько простых команд, например, моргнуть или сжать вашу руку, если он вас слышит.

**Б — Боль.** Пострадавший только кричит или стонет, реагируя на причиняемую ему боль. Если сознание отсутствует, заставьте его испытать болевые или иные физические ощущения, например, ущипните за мочку уха или почешите пятку. Если человек пытается отстраниться, значит, связь между нервными окончаниями, спинным и головным мозгом сохраняется.

**О — Отсутствие реакций.** Когда пострадавший находится полностью без сознания, не реагирует ни на голос, ни на боль и всякие движения отсутствуют.

Шкала СГБО полезна тем, что позволяет судить о состоянии нервной системы, дает дополнительную информацию о характере повреждений или болезни вашего пациента. Сверяя со шкалой состояние пострадавшего, вы можете судить о степени серьезности ситуации и при любом из состояний должны проводить регулярную оценку основных показателей состояния организма. Делать это тем более необходимо, когда человек полностью лишился сознания, так как в такой ситуации велика вероятность удушья из-за закупорки дыхательных путей (рвотными массами или языком), и дальнейшее отсутствие сознания может быть обусловлено уже проблемами дыханием, кровообращением и обезвоживанием.

В процессе лечения проводите СГБО - диагностику постоянно. Это даст вам ясные указания в отношении эффективности вашей помощи.

Другие общие правила, которые необходимо соблюдать, имея дело с полностью лишившимся сознания человеком таковы:

У пребывающего в бессознательном состоянии, системы организма ослаблены, а потому избегайте резких его перемещений, не пытайтесь усадить, разве что это действительно необходимо. Кроме того, следует учитывать, что бессознательное состояние может быть вызвано повреждением позвоночника.

**Ни в коем случае не пытайтесь кормить или поить пострадавшего, так как он может задохнуться.**

Продолжайте разговаривать с пострадавшим, ведь он может вас слышать, но не говорить.

Помните, что в бессознательном состоянии человек лишен возможности естественным образом реагировать на холод, жару или другие условия среды. Вы должны обеспечить пострадавшему максимально комфортные условия, особенно в холодное время года, когда существует вероятность гипотермии.

Ни на минуту не оставляйте пострадавшего одного, так как его состояние может в любой момент ухудшиться.

Основной принцип полностью обследовать пребывающего без сознания человека на наличие травм и болезней, послуживших причиной бессознательного состояния. Дальнейшее их лечение должно идти своим порядком с постоянным контролем сознания как одного из показателей положительной реакции организма на используемые вами приемы. В любом случае и независимо от продолжительности, бессознательное состояние нужно воспринимать с особым беспокойством, далее обратимся к конкретным недомоганиям и обстоятельствам, которые могут напрямую воздействовать на сознание, рассмотрим различные реакции с вашей стороны, вплоть до немедленной эвакуации пострадавшего.

## **Диагностика состояния сознания**

Оценка психического состояния - это не просто выяснение в сознании человек, в полубессознательном состоянии или без сознания. Диагностика, предполагает отслеживание возможных перепадов настроения, смены темперамента, оценку состояния интеллекта, уровня энергичности, контактности и общительности. Смена психического состояния может быть обусловлена особенностями личности человека, но также может служить признаком начала развития серьезного состояния, спровоцированного условиями экспедиции, например, гипотермии, теплового удара, переутомления, обезвоживания организма, приближающихся конвульсий или укачивания. Если вы замечаете в ком-то из спутников перемену в обычном для него психическом состоянии, задайтесь следующими вопросами:

- Подвергался ли человек в течение длительного периода времени воздействию особых климатических условий?
- Действительно ли подобная перемена в психическом состоянии для него не характерна?
  - Не выглядит ли человек заторможенным, сохраняет ли ясность мысли?
  - Не стали ли его движения неловкими и плохо скоординированными?
  - Не проявляет ли он чрезмерной эмоциональности или агрессии?
  - Не перенес ли он или не жаловался ли в последнее время на какое-либо заболевание, травму или общее недомогание?

Перемены настроения, часто бывают естественной реакцией человека на связанные с пребыванием на природе физическими и эмоциональными нагрузками, а потому воздержитесь от поспешных выводов. Между тем, проявление обычно не свойственного членам коллектива поведения может служить сигналом к тому, что возникло какое - то заболевание.

Помимо изменений в свойствах личности, возможно также проявление нарушений сознания, которые могут привести в итоге к полностью бессознательному состоянию человека, что всегда следует воспринимать крайне серьезно. Бессознательное состояние возникает из-за нарушения нормальной работы мозга и может иметь следствием как относительно не опасные обмороки, так и серьезное повреждение мозга, прекращение дыхания и кровообращения(см.диагностика степени угнетения сознания).

## **Положение восстановления сознания**

Всем пострадавшим (за некоторыми исключениями), находящимся без сознания или в полубессознательном состоянии, следует придать положение восстановления сознания, если это допускают полученные повреждения и способ лечения, который предстоит применить. Положение облегчает дыхание, а кроме того, даст всем жидким скоплениям выйти из организма через рот, чем снижается



риск захлебывания. Для придания этого положения, с поворотом головы, скажем, влево, уложите человека на грудь, левая рука и левая нога отставлены под прямым углом по отношению к телу, согнутыми в локтевом и коленном суставах. Другая рука должна быть протянута в сторону перпендикулярно телу. Такое положение применять нежелательно при повреждении позвоночника, но в любом случае, переворачивая пострадавшего на грудь, поддерживайте его голову на одной оси с позвоночником. Сам переворот очень медленно должны выполнять несколько человек. При необходимости и после переворота продолжайте поддерживать руками голову пострадавшего в нейтральном положении или используйте подушки.



## ***Температура тела***

Температура тела практически здорового человека остается в пределах 36 – 37 °С. Температура ниже или выше этих пределов представляет серьезную угрозу для здоровья. Желательно и даже необходимо, чтобы в вашей походной аптечке был термометр, поскольку в экстремальной ситуации нарушения, связанные с нарушением температуры тела, могут быть особенно губительными для организма больного.

### **Измерение температуры тела и регистрация результатов**

**Показания.** Обследование пациента.

**Примечание:** Температура измеряется дважды в сутки в 6-8 часов натощак и в 16-17 часов или при необходимости. Измеряется температура в течение 5-10 мин.

**Противопоказания.** Сразу после физических методов охлаждения, грелок, тепловых процедур. При опрелостях, дерматите температуру необходимо измерять в прямой кишке. Противопоказанием к измерению температуры в прямой кишке являются запор, диарея, заболевания прямой кишки.

**Оснащение.** Медицинский термометр, салфетка, вазелин, температурный лист.

1. Вымыть руки. Руки должны быть чистые, сухие и теплые.
2. Посадить или положить пациента. Тщательно высушить салфеткой кожу в подмышечной области.

3. Положить *сухой* медицинский термометр подмышечную область. При правильной постановки термометра, ртутный резервуар со всех сторон должен соприкасаться с телом.

4. При измерении температуры в паховой области согнуть ноги в тазобедренном суставе, придерживать бедро.

*Примечание:* В паховой области температура тела измеряется новорожденному ребенку и ребенку грудного возраста.

5. При ректальном измерении температуры тела положить пациента на бок. Осторожно ввести кончик термометра, смазанный вазелином, в прямую кишку на глубину 2-3 см.

*Примечание.* Длительность ректального измерения температуры 2-3 мин.

Температура в прямой кишке на 0,5 - 1 °С выше.

По новым требованиям к использованию измерительных температуры приборов до конца 2019г. ртутные термометры будут изъяты из обихода и заменены другими более современными аналогами.

### **Позвоночник**

Учитывая первостепенное значение спинного мозга, проходящего внутри позвоночника, контроль состояния или положения спинного мозга считается одним из основных элементов диагностики. Очень важно при повреждении позвоночника перемещать пострадавшего только в том случае, если существует непосредственная угроза его жизни. Какими бы ни были ваши действия, старайтесь сохранить фиксированное положение позвоночника и шеи пострадавшего. Вам следует очень серьезно относиться к жалобам пострадавшего на боли в спине или шее, на его слова об отсутствии чувствительности или покалывании в конечностях, что может свидетельствовать о нарушениях в связях между нервами и спинным мозгом.

Описанных выше приемов диагностики будет достаточно для выяснения большинства состояний, непосредственно угрожающих жизни больного или пострадавшего. Имейте в виду, что всякая одежда, которую вам придется снять с пострадавшего, может быть вновь одета или заменена на другую, а поврежденная зона должна быть тем или иным образом прикрыта. Положение пострадавшего и состояние поврежденных участков его тела нельзя усугублять воздействием неблагоприятных внешних факторов, например, холода, прямых солнечных лучей, ветра и т.п.

Диагностика основных жизненных, функций должна проводиться каждые несколько минут или в зависимости от состояния пострадавшего. Один диагностический сеанс даст вам представление о состоянии больного лишь на конкретный момент времени, тогда как периодическая оценка позволит отслеживать динамику процесса и, соответственно, координировать ваши действия. Кроме того, вы сможете более полно обрисовать картину прибывшим представителям спасательных служб. Потому в вашей аптечке должны находиться блокнот и карандаш (не ручка, которая может выйти из строя). Не имея под рукой, всех данных о температуре тела и пульсе, вам будет сложно в течение нескольких часов производить необходимые действия с больным или травмированным.

# ***Здоровье и болезнь.***

Здоровье – состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов.

Норма – состояние оптимальной жизнедеятельности организма в конкретных условиях его существования.

Патология изучает и описывает конкретные причины, механизмы и общие закономерности возникновения, развития и завершения болезней, патологических процессов состояний и реакций; формулирует принципы и методы их выявления (диагностики), лечения и профилактики; разрабатывает учение о болезни и больном организме, а также теоретические положения медицины и биологии.

**Болезнь** - это нарушение нормальной жизнедеятельности организма, возникающее вследствие наследуемого генетического дефекта и/или действия на организм повреждающего фактора, характеризующееся развитием закономерного динамического комплекса взаимосвязанных патогенных и адаптивных изменений, а также ограничением диапазона биологических и социальных возможностей индивида.

**Причина болезни** - фактор, вызывающий данную болезнь и придающий ей специфические черты.

**Условия болезни** - фактор или несколько факторов, способствующих, препятствующих или модифицирующих действие причинного агента и придающих болезни специфические черты.

## **Часть 4**

### **Основы общего ухода за больными**

#### **Основные проблемы тяжелобольных людей и их семей.**

Р.И. Ерусланова предлагает делить основные проблемы тяжелых больных на 3 группы – социальные, медицинские и психологические.

Корень социальных проблем тяжелых больных связан с экономической (материальной) сферой жизнедеятельности: все средства идут на покупку лекарств, наем сиделок, приобретение средств ухода. В перечень социальных проблем также входят: социально-бытовые, социально-психологические, проблемы, связанные с отсутствием доступной информации для больных и их семей по различным аспектам медицинской, социальной, юридической и другим видам помощи.

Одной из главных проблем для тяжелобольного человека является боль, имеющая два аспекта - физический и психологический. Меры по облегчению физической боли требуют выяснения ее источника, подбора и применения

эффективных обезболивающих медикаментозных средств. При достаточно высоком уровне медицины все это более или менее успешно можно разрешить. Психологическая же боль включает в себя целый комплекс проблем. Это и боль от потери своего статуса, нарушения привычного режима жизни, боль от утраты веры в справедливость мира, перспектив на свое счастье, во многих случаях - чувство страха перед приближающейся смертью, поиск точки опоры в условиях осознания неизбежности конца.

Необходимо обращать внимание на специфику внутреннего эмоционального состояния каждого отдельного клиента. У всех, без исключения, тяжелобольных пациентов, нуждающихся в социальной помощи, резко выражены психологические проблемы – чувство страха, обреченности. Стресс и депрессия тяжелобольного, к примеру, могут привести его к мысли о суициде.

Тяжелобольного следует рассматривать как человека, находящегося в стрессовой ситуации. Длительное тяжелое заболевание, отрыв от привычного окружения, потеря социального статуса, оперативное вмешательство, ведущее к инвалидности, угроза смерти и другие факторы разрушают привычные стереотипы поведения, изменяют систему ценностей, перестраивают личность больного и ставят его перед проблемой адаптации к новым условиям жизни.

Семья является ключевым звеном в обеспечении ухода, так как представляет собой окружение больного, создающее психоэмоциональный климат и комфортное состояние пациента. Готовность родственников заботиться, восстанавливать здоровье подчеркивает значимость человека, вселяет больному надежду и уверенность в завтрашнем дне. В случае ограниченной мобильности пациента, невозможности выходить из дома и общаться с другими людьми, семья компенсирует тяжесть возникшего положения.

Очень часто случается так, что члены семьи чересчур заняты вниманием, которое оказывается тяжелобольному. Необходимо понять, что родственники также тяжело страдают. Болезнь одного бьет по всей семье.

Поэтому важнейшее место в социальной работе с тяжелобольными людьми занимает взаимодействие с членами семьи пациента и его ближайшим окружением. Первоочередными мерами в этой группе можно назвать решение психологических проблем.

Специфическими являются вопросы этики, связанные с отношением родственников и специалистов к умирающим больным. Часто возникает вопрос об эвтаназии – удовлетворении просьбы больного об ускорении его смерти какими-либо действиями или средствами. Следует отметить, что этот вопрос нашел свое решение в российском законодательстве – в соответствии со ст.45 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», эвтаназия запрещена.

С учетом перечисленных проблем особое значение в социальной работе приобретают взаимодействие и координация усилий специалистов смежных профессий – врачей, психологов, социальных работников, волонтеров и сестер милосердия.

К тяжелобольным мы относим людей, имеющих неизлечимые формы заболеваний без явных перспектив на выздоровление, или находящихся в такой фазе

остро протекающего заболевания, которая сопровождается физическими и психическими страданиями, создающими риск для жизни больных и лишаящими их возможности полноценно выполнять жизненно важные функции и действия.

К категории таких людей мы можем отнести больных злокачественными опухолями, ВИЧ-инфицированных, больных прочими тяжелыми или неизлечимыми формами психических и соматических заболеваний, а также лиц с тяжелыми ограничениями жизнедеятельности.

Многие больные живут и умирают в неоправданных страданиях без адекватного лечения боли и других патологических симптомов, без решения психосоциальных проблем и удовлетворения духовных запросов, зачастую в состоянии постоянного страха и одиночества. Духовные и экзистенциальные переживания являются серьезным источником клинических проблем. Боли и другие симптомы, не купируемые адекватной терапией, должны указать на вероятность скрытых духовных или экзистенциальных проблем.

Показательно, что из многих личностных и профессиональных характеристик врача и сестры больные люди отдают предпочтение их эмпатическим качествам, т.е. привлекательности, способности к сопереживанию, сочувствию. Отношение их к разного рода психокоррекционным, социально-терапевтическим и активизирующим методам, приемам и к лекарственной терапии оказывается различным. У многих, при общем положительном отношении к проводящимся паллиативным мероприятиям преобладает установка на лекарственные препараты, что, по-видимому, зависит от пассивной позиции и укоренившегося традиционного представления людей о лечении. Как правило, пациенты, находясь в стационаре, или проходящих лечение на дому, высоко оценивают возможности широких социальных контактов и разноплановых мероприятий, таких как частые свидания с родственниками и друзьями, участие в церковных таинствах, в литературных занятиях, беседах и т.д.

Социальное обслуживание в стационарных учреждениях, осуществляется путем предоставления социальных услуг гражданам, частично или полностью утратившим способность к самообслуживанию и нуждающимся в постоянном постороннем уходе, и обеспечивает создание соответствующих их возрасту и состоянию здоровья условий жизнедеятельности, проведение мероприятий медицинского, психологического, социального характера, питание и уход, а также организацию посильной трудовой деятельности, отдыха и досуга (ст.10 ФЗ «Об основах социального обслуживания населения в РФ» от 10 декабря 1995 г. № 195-ФЗ).

В целях улучшения медицинской и социальной помощи больным пожилого и старческого возраста, одиноким, детям-инвалидам и другим лицам, страдающим хроническими заболеваниями и по состоянию здоровья нуждающимся в поддерживающем лечении, Приказом Минздрава РСФСР от 01.02.1991 № 19 на базе участковых больниц в сельской местности, многопрофильных и специализированных (психиатрических, противотуберкулезных, онкологических и т.д.) больниц в городах было утверждено создание домов сестринского ухода, хосписов и отделений сестринского ухода больниц.

Таким образом, стационарная медико-социальная работа осуществляется в учреждениях здравоохранения и социального обслуживания. Особенной обслуживаемых тяжелобольных является паллиативная помощь в хосписах.

Взаимодействие медицинского учреждения и религиозной общины, оказывающей паллиативную помощь, должно основываться на договоре.

Важнейшей технологией в социальной работе с тяжелобольными людьми является добровольческое (волонтерское) движение. Добровольчество – малозатратная часть социального обслуживания. Помощью добровольцев пользуются как пациенты больниц, «Хосписов на дому», так клиенты некоторых центров социального обслуживания.

Для тяжелых больных создаются различные группы психологической поддержки с обучением саморегуляции и самоподдержке, организации психологических тренингов для переживших утрату; организации встреч семей, имеющих тяжелобольных родственников, лиц, излеченных от тяжелых заболеваний, и волонтеров. Сами родственники организуют фонды и пациентские общественные организации, проводятся встречи ведущих врачей с родственниками и социальными работниками, ухаживающими за больными.

Отдельную нишу занимают религиозные организации, помогающие тяжелым больным и создающие собственные паллиативные службы. Церковь являлась первым субъектом помощи тяжелобольным людям, когда от них отворачивалось государство, и остается важнейшим до сих пор. Церковь предлагает такую медико-социальную технологию помощи тяжелобольным, как помещение их в богадельни, находящиеся в ведении храмов или иных церковных структур. Среди церковных организаций одной из первых и ныне действующих является Свято-Димитриевское сестричество, учредившее в 1992 году Свято-Димитриевское училище сестер милосердия – первое в современной России православное медицинское учебное учреждение.

И так, что должна знать и уметь сестра милосердия, осуществляющая уход за тяжелыми больными:

## ***Виды режимов двигательной (физической) активности пациента.***

В практике известно 4 двигательных режима, которые определяет врач, за выполнением которого должна следить сестра милосердия.

**Общий (свободный)** – пациент пребывает в отделении без ограничения двигательной активности в пределах стационара и территории больницы. Разрешается свободная ходьба по коридору, подъём по лестнице, прогулка по территории больницы.

**Палатный (полупостельный)** – пациент много времени проводит в постели, разрешается свободная ходьба по палате, все мероприятия по личной гигиене осуществляются в пределах палаты.

**Постельный** – пациент не покидает постели, может поворачиваться, сидеть, но встать не может. Все мероприятия по личной гигиене осуществляются в постели медицинским персоналом.

**Строгий постельный** – пациенту категорически запрещаются активные движения в постели. В некоторых случаях - даже поворачиваться с боку на бок не разрешается.

**Запомните! Нарушение пациентом режима двигательной активности, назначенного врачом, может повлечь за собой тяжёлые последствия для пациента, вплоть до смертельного исхода!**

### **Цели назначения постельного режима**

1. Ограничить физическую активность пациента (это снизит потребность клеток организма в кислороде, следовательно, позволит адаптироваться к условиям гипоксии при нарушении удовлетворения потребности «дышать»).

2. Уменьшить боль, в том числе послеоперационную. Это позволит снизить дозу необходимых обезболивающих препаратов.

3. Дать возможность ослабевшему и истощенному пациенту собраться с силами и отдохнуть.

Постельный режим физиологичен лишь в том случае, если пациент может сам поворачиваться, занимать удобное положение и присаживаться в постели. При назначении строгого постельного режима удовлетворение всех основных потребностей значительно нарушается. Такие пациенты обязательно нуждаются в проведении специальных мероприятий, направленных на предупреждение целого ряда проблем. Следить за соблюдением пациентами назначенного режима двигательной активности - обязанность палатной медсестры.

## ***Транспортировка и перемещение больных.***

Транспортировка больных может осуществляться различными способами.

В зависимости от тяжести состояния и вида поражения или заболевания пострадавших транспортируют до машины скорой помощи и от машины до приемного отделения:

- на руках;
- пешком;
- на костылях, с поддержкой;
- на носилках.

В машинах скорой помощи больных перевозят лежа на носилках с поднятым головным или ножным концом (в зависимости от диагноза) или сидя. Детей перевозят на руках. Фельдшер должен во всех случаях находиться в салоне рядом с больным и контролировать его состояние, при необходимости — оказывать помощь. Допускается на усмотрение фельдшера сопровождение больного родственником или знакомым. Детей, как правило, перевозят в сопровождении родителей.

### **Транспортировка пешком**

Пешком, а в машине сидя транспортируют больных с нетяжелыми соматическими заболеваниями, с травмами верхних конечностей, при хирургических заболеваниях, не требующих госпитализации на носилках. При возникновении головокружения и (или) длительном времени транспортировки таких больных в машине следует уложить на носилки.

### **Транспортировка на костылях с поддержкой**

На костылях с поддержкой можно транспортировать больных с травмами голени и стопы (после транспортной иммобилизации) в случае нетяжелых повреждений.

### **Транспортировка на руках с поддержкой**

На руках транспортируют детей, а также взрослых при невозможности использовать носилки.

### **Транспортировка на носилках**

На носилках транспортируют всех больных, в бессознательном состоянии, в состоянии шока, тяжелых больных, с нарушением мозгового кровообращения, с острым инфарктом миокарда, всех рожениц, беременных с осложнениями беременности (эклампсия, угроза прерывания и др.), с травмами бедра (перелом, обширные раны), с тяжелыми или средней тяжести хирургическими, или гинекологическими заболеваниями органов брюшной полости, с черепно-мозговыми травмами, с сочетанными поражениями, с травмами позвоночника.

### **Техника переноски на носилках**

При возможности на носилки следует предварительно постелить одеяло или прочное покрывало так, чтобы одна его половина (вдоль) покрывала носилки, а другая лежала рядом. После укладывания на носилки больного его накрывают этой половиной. В дальнейшем снимать больного с носилок удобнее, держась за края покрывала. Если больной не может сам перебраться на носилки, их ставят ножным концом к изголовью, вдвоем поднимают больного и переносят на носилки. В холодное время года следует надеть на больного головной убор, укутать ноги. Не следует также забывать о необходимости дополнительного согревания больных, находящихся в состоянии шока.

По лестнице больного спускают ногами вперед, а поднимают головой вперед. Исключение - острая кровопотеря, очень низкое артериальное давление. В этом случае поступают наоборот.

При невозможности пронести носилки в квартире или по лестнице больного переносят на одеяле. В крайнем случае, если и это по каким-либо причинам невозможно, носилки устанавливают у подъезда, а больного спускают на руках, в лифте - на табурете или стуле, который надо поставить туда заранее.

Больных, находящихся в бессознательном состоянии, из-за угрозы аспирации рвотных масс и западения языка транспортируют в устойчивом боковом положении.

Транспортировать больных с повреждениями позвоночника следует на спине на жестком щите. При его отсутствии - на обычных полумягких носилках на животе. При повреждении шейного отдела позвоночника — всегда на спине, после иммобилизации. Запрещается укладывать больных с травмой позвоночника на бок!

Запрещается укладывать в горизонтальное положение больных в состоянии отека легких, во время приступа бронхиальной, сердечной астмы и дыхательной недостаточности, вызванной другими причинами. Их следует транспортировать в положении сидя, детей - держать на руках вертикально.

После перевозки инфекционного больного машину скорой помощи подвергают дезинфекции. Персонал должен сменить халаты. Более одного инфекционного больного можно перевозить только в том случае, если они страдают одним и тем же инфекционным заболеванием с учетом степени заразности в разные периоды болезни.



Транспортировка крайне тяжелых больных допускается только реанимационными бригадами. Перед транспортировкой необходимо провести комплекс лечебных мероприятий, направленных на стабилизацию состояния.

В практике ухода за тяжелыми больными широко используют приспособления, которые облегчают уход при ограничении возможности передвижения. Это передвижные столики (1), стойки для лежачих больных (2), веревочные лестницы (7), поддерживающий пояс и подушка для кресла каталки(5), скользящие простыни и скользящий рукав для лежачих больных(4), надувные ванны для мытья пациентов (6) и т.д.



## Санитарно-эпидемиологические особенности организации подразделений различного профиля.

Одним из элементов комплекса мероприятий, обеспечивающих санитарно-противоэпидемиологический режим, является строгое соблюдение и регулярный контроль над выполнением требований асептики и антисептики, которые достигаются путём дезинфекции и стерилизации.

**Асептика** - это комплекс мероприятий, направленных на предупреждение попадания микроорганизмов на стерильные объекты и в рану. Она достигается уничтожением микробов и их спор путём дезинфекции и стерилизации.

**Антисептика** - комплекс мероприятий, направленных на уничтожение микроорганизмов во внешней среде и в организме человека. Она достигается уничтожением микробов путём дезинфекции и антибактериальным лечением. Различают профилактическую антисептику и лечебную. Профилактическая - проводится в целях предупреждения попадания микроорганизмов в рану и в организм

человека (обработка рук пациента, обработка инъекционного поля, дезинфекция предметов ухода, текущие и генеральные уборки и т.д.). Лечебная антисептика направлена на борьбу с микроорганизмами уже попавшими в организм человека (в рану, заражение инфекционными заболеваниями).

**Дезинфекция (обеззараживание)** - уничтожение патогенной микрофлоры.

**Стерилизация (обеспложивание)** - уничтожение микроорганизмов и их вегетативных форм (спор), а также продуктов их жизнедеятельности (токсинов).

## ***Контроль за санитарно-гигиеническим режимом помещения.***

Важная роль в уходе за пациентами отводится санитарному состоянию помещения, в котором находится больной. Чистота, свежий воздух, уют и внимательное отношение, к нуждающемуся в уходе, иногда, могут на много улучшить течение болезни. Постель и предметы ухода всегда должны обрабатываться дезсредствами и моющими средствами.

Кровать, прикроватную тумбочку, подставку для подкладного судна протирают ветошью, обильно смоченной дезинфицирующим раствором. Кровать застилают постельными принадлежностями, Пациенту выделяют индивидуальные предметы ухода: тарелку, кружку, плевательницу, поильник, подкладное судно и т.д., которые после употребления тщательно моют. Для мытья рук больных, а также обслуживающего персонала используют жидкое мыло. Допускают использование хозяйственного мыла в мелкой фасовке на 1 употребление.

При смене нательного и постельного белья его аккуратно собирают в мешки или емкости для белья с крышкой. Запрещают сбрасывать бывшее в употреблении белье на пол или в открытые приемники. После смены белья протирают предметы в комнате и пол с дезинфицирующим раствором.

Уборку помещения, где находится больной, производят не реже 2 раз в день влажным способом. Дезинфицирующие средства используют после смены белья и в случае возникновения инфекционных осложнений.

Уборочный материал (ведра, тазы, и пр.) маркируют и используют строго по назначению. Ветошь выделяют и хранят строго по объектам обработки. После использования уборочный материал обеззараживают замачиванием в дезсредстве, с учетом существующих требований сан эпид надзора .

**Дезинфицирующие средства, используемые для обработки помещений, медицинских инструментов и средств ухода за больными:**

В медицинской практике и при уходе за больными применяют следующие группы дезсредств:

1. На основе хлора: Хлормисепт эконом. С помощью этих средств, производится дезинфекция медицинских инструментов из пластмасс, резины, стекла.

Хлорсодержащие препараты малотоксичны, однако, вызывают коррозию металлов. Среди минусов можно отметить наличие запаха хлора.

2. Растворы перекиси водорода: Альфадез окси. Обладают низкой токсичностью, не имеют запаха, используются для обеззараживания инструментов из резины, пластика, стекла. Не оказывает фиксирующее действие на органику.
3. Альдегиды: Альфадез форте, Альфадез орто. Применяются для обеззараживания эндоскопов и сопутствующих инструментов, а также для уборки помещения и мытья оборудования. Обладают высокой активностью в отношении многих патогенных микробов. Альдегидные средства часто применяют для ДВУ и химической стерилизации, однако они обладают фиксирующим действием, поэтому требуют тщательной предварительной очистки и дезинфекции.
4. Спиртосодержащие средства - антисетики: Миросептик, Экобриз антисептик, Эстилодез антисептик. Используются, как антисептик для обработки кожи перед инъекцией, для обеззараживания кожи, операционных полей.

Обязательной дезинфекции подлежат все предметы, контактирующие с кровью и соприкасающиеся с раневой поверхностью. Стерилизация медицинских инструментов осуществляется после их предварительной дезинфекции с использованием химических растворов или паровой стерилизации.

По данным ВОЗ около значительная часть инфекционных агентов передаются через руки. Мытье и гигиеническая антисептика кожи рук являются обязательным перед каждой медицинской манипуляцией и после нее.

Для уничтожения патогенной и условно-патогенной микрофлоры используются кожные антисептики:

- бактерицидные гелиевые средства;
- жидкое мыло антисептик с антибактериальным эффектом;
- спиртовые антисептики;
- бесспиртовые антисептики.

Средство для дезинфекции рук наносят на высушенную кожу и втирают до полного высыхания. Спиртовые растворы используются для обеззараживания кожи рук, преимущественно, перед хирургическими манипуляциями, время обработки составляет до 5 минут.

В качестве экстренной дезинфекции рук при уходе за больным, можно использовать спиртосодержащие дезинфицирующие салфетки.

Выбирать дезсредство среди имеющегося многообразия следует в соответствии с целью их назначения. К сожалению, ни один современный препарат не обладает универсальными свойствами. Подход к дезинфекции в медицинских учреждениях должен быть комплексным, предполагающим использование нескольких групп препаратов, различного спектра действия.

## ***Обеззараживание воздуха в помещениях.***

Простое проветривание помещения позволяет снизить количество микробов в воздухе примерно на 80%. Для обеспечения чистоты воздуха в помещении необходимо проветривать регулярно: открывать форточки, фрамуги, а в летнее время - окна. Частота и длительность зависят от времени года. В зимнее время проветривание производят не реже 2-3 раз в день, а летом при наличии сеток окна должны быть открыты круглые сутки. Во время проветривания медсестра должна хорошо укрыть больных, следить, чтобы не было сквозняков. Проветривание считается обязательным мероприятием и не подлежит обсуждению со стороны больного.

В помещении можно проводить облучение ультрафиолетовыми лампами. Прямое облучение проводится при отсутствии в помещении людей. Когда невозможно вывести тяжелых больных, кварцевание проводится рассеянным лучом, с использованием специальных экранов.

### ***ПРИГОТОВЛЕНИЕ ПОСТЕЛИ***

Материальное обеспечение:

Кровать;

Матрац;

Клеенка; пеленка;

Две подушки;

Одеяло (шерстяное или байковое);

Пододеяльник: простыня: наволочка;

Дезсредство.

**Последовательность выполнения:**

1. Обработать кровать и прикроватную тумбочку дезраствором.
2. Проверить натяжение сетки, исправность кровати.
3. Положить матрац в наматраснике. Проверить, чтобы он был упругий и без бугров.
4. Для тяжелобольного по всей ширине матраца постелить под область таза клеенку, концы которой подвернуть под матрац.
5. На матрац постелить простыню, края которой заправить под матрац. Расправить все складки.
6. На подушки надеть наволочки и положить их в головной конец кровати.
7. Заправить одеяло в пододеяльник, аккуратно расправить его.
8. Постельное белье для тяжелобольных не должны иметь швов, обращенных к больному.

## **СМЕНА ПОСТЕЛЬНОГО БЕЛЬЯ**

### **Материальное обеспечение:**

Комплект чистого постельного белья.

Халат, шапочка, перчатки.

Клеенчатый мешок для грязного белья.

### **Смена постельного белья поперечным способом**

**1-й способ** (применяется в тех случаях, если больному запрещены активные движения в постели, т.е. при строгом постельном режиме).

#### **Последовательность выполнения:**

1. Вымойте руки, наденьте перчатки.
2. Чистую простыню скатайте по ширине валиком.
3. Раскройте пациента, осторожно приподнимите верхнюю часть туловища пациента, уберите подушки, смените наволочки.
4. Быстро скатайте грязную простыню со стороны изголовья кровати до поясицы, а на освободившую часть расстелите чистую простыню.
5. На чистую простыню положите чистые подушки и опустите на них голову пациента.
6. Приподнимите таз, а затем нижние конечности пациента, уберите грязную простыню, расправьте чистую.
7. Опустите таз и ноги пациента, заправьте края простыни под матрац.
8. Смените пододеяльник, укройте больного.
9. Положите грязное белье в клеенчатый мешок.
10. Снимите перчатки, вымойте руки.



### **Смена постельного белья продольным способом**

**2-й способ** (применяется в тех случаях, если больному разрешено поворачиваться в постели, т.е. при постельном режиме).

#### **Последовательность выполнения:**

1. Вымойте руки, наденьте перчатки.
2. Чистую простыню скатайте валиком по длине до половины.
3. Раскройте пациента, приподнимите его голову и уберите подушку.
4. Подвиньте пациента к краю кровати и осторожно поверните его на бок и поддерживайте его в этом положении.

5. Скатайте грязную простыню по всей длине по направлению к пациенту.
6. На освободившейся части постели расстелите чистую простыню.
7. Осторожно поверните пациента на спину, а затем на другой бок так, чтобы он оказался на чистой простыне.
8. Уберите грязную простыню и положите ее в клеенчатый мешок.
9. Расправьте на освободившейся части чистую простыню, подверните края под матрац.
10. Положите пациента на спину.
11. Смените наволочки и положите подушки под голову.
12. Смените пододеяльник и укройте пациента.
13. Грязное белье положите в клеенчатый мешок
14. Снимите перчатки, вымойте руки.



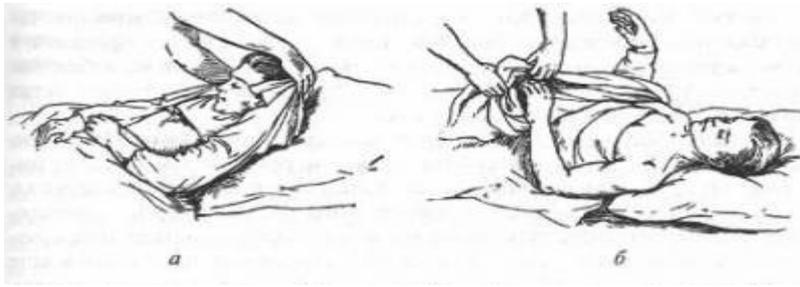
## **СМЕНА НАТЕЛЬНОГО БЕЛЬЯ**

### **Материальное обеспечение:**

- Комплект чистого нательного белья.
- Клеенчатый мешок для грязного белья.
- Перчатки.

### **Последовательность выполнения:**

1. Вымойте руки, наденьте перчатки.
2. Приподнимите верхнюю половину туловища пациента.
3. Осторожно скатайте грязную рубашку до затылка
4. Приподнимите обе руки пациента и скатанную у шеи рубашку переведите через голову пациента, а затем освободите руки (если одна рука травмирована, то снимите рубашку сначала со здоровой, а затем с больной руки).
8. Положите грязную рубашку в клеенчатый мешок.
9. Наденьте чистую рубашку: вначале наденьте рукава (если одна рука повреждена, то сначала на больную руку, затем на здоровую (б), потом переведите рубашку через голову и расправьте на спине и груди.
7. Снимите перчатки, вымойте руки.



**ЗАПОМНИТЕ!** Смена белья у пациента производится не реже 1 раза в 7-10 дней, у тяжелобольного пациента – по мере загрязнения. Для смены белья у тяжелобольного пациента необходимо пригласить 1-2 помощников.(См.диск).

### **Правила сбора и транспортировки грязного белья**

При обслуживании больного должен быть запас чистого белья на сутки. Ни в коем случае нельзя сушить мокрое белье на радиаторах центрального отопления и снова давать пациенту, а также бросать грязное белье при перестилании на пол.

Грязное мокрое белье собирают в емкости и немедленно выносят из комнаты в санитарную комнату. По мере накопления грязного белья, но не реже 1 раза в день, его сортируют и подвергают стирке.

## ***Уход за волосами больного***

Мужчин коротко стригут, женщин с длинными волосами ежедневно расчесывают густым гребнем, смоченным в растворе уксуса. Мытье волос еженедельно во время принятия гигиенических ванн. Если не позволяет состояние, то голову моют в постели 1 раз в неделю. При этом ставят тазик у головного конца кровати, запрокидывают голову на уровне шеи и подставляют возвышение. Так же можно использовать сухие шампуни и разнообразные моющие средства. Необходимо не забывать о регулярном осмотре на педикулез.

## ***Уход за глазами больного***

Уход за глазами больного требует особого внимания. Глаза промывают при выделениях, склеивающих ресницы. Применяют стерильные марлевые тампоны. Промывание глаз производится от наружного угла глаза к внутреннему. При заболевании глаз закапывают капли и втирают глазные мази. Пипетку для закапывания перед употреблением кипятят или используют одноразовый материал. Перед процедурой медсестра, сиделка тщательно моет руки с мылом и щеткой, протирает их спиртом, чтобы не внести инфекцию в глаза. Техника закапывания: левой рукой слегка оттягивают нижнее веко и, предложив больному посмотреть в противоположную сторону, медленно впускают одну каплю ближе к носу; переждав немного, впускают вторую каплю и просят больного закрыть глаза. На каждый глаз прикладывают стерильный тампон. Глазные мази накладывают на веки специальной стеклянной лопаточкой. Мази и лопаточки должны быть стерильными. Веко больного оттягивают

вниз, за него закладывают мазь и мягкими движениями пальцев через веко растирают ее по слизистой оболочке.

## **Уход за ушами больного**

Ходячие больные во время ежедневного утреннего туалета самостоятельно моют уши. Больным, длительно находящимся в постели, периодически чистит уши ухаживающий. Если образовалась серная пробка, ее удаляют. Для закапывания капель в ухо нагибают голову больного в здоровую сторону.левой рукой оттягивают мочку уха, а правой держат пипетку, из которой вводят капли в слуховой проход. После этого в ухо закладывают небольшой ватный тампон на несколько минут.

## **Уход за полостью носа больного**

Если больной слаб и не может освобождать носовые ходы самостоятельно, ухаживающий должен ежедневно удалять образовавшиеся корочки. Для этого в носовые ходы вводят ватную турунду, смоченную в вазелиновом масле, глицерине или любом масляном растворе, запрокидывая голову больному, и через 2-3 мин вращательными движениями удаляют корочки.

## **Уход за кожей больного**

Больных, длительно находящихся в постели и не принимающих гигиенические ванны, следует протирать полотенцем, смоченным водой или одним из дезинфицирующих растворов: камфорным спиртом, одеколоном, спиртом пополам с водой, столовым уксусом и т. д. Для этого один конец полотенца смачивают дезинфицирующим раствором, слегка отжимают и протирают кожу за ушами, шею, спину, переднюю часть грудной клетки и подмышечные впадины. Следует обращать внимание на складки под молочными железами, где у тучных женщин могут образовываться опрелости. Затем насухо вытирают кожу другим концом полотенца в том же порядке. Для протирания кожи можно применять влажные дезинфицирующие салфетки.

## **Уход за больным в период повышения температуры**

На разных стадиях лихорадки больные требуют специального ухода.

1. Если *конечности холодные*:
  - тепло укрыть одеялом;
  - к конечностям приложить грелки;
  - дать больному выпить горячие напитки;
  - применить жаропонижающие и спазмолитические средства.
2. Если *кожа горячая*, отмечается *потливость*:
  - можно кожу обтереть водой комнатной температуры смешанной с 1 ст. л. уксуса или водки;
  - положить холод на голову, в паховые складки, в подмышечные впадины;



- дать пить напитки комнатной температуры;
- в целях увеличения теплоотдачи, раскрыть пациента;
- осуществлять уход за полостью рта и носа, трещины на губах смазывать зверобойным или облепиховым маслом, или 10% - раствором буры в глицерине;
- осуществлять частичную обработку кожи, своевременно менять нательное и постельное бельё, особенно после потоотделения;
- проводить профилактику пролежней у тяжелых больных;
- обеспечивать легкоусвояемое питание и проветривание помещения.
- на протяжении всего периода лихорадки больной должен находиться на постельном режиме.
- создать для больного полную тишину;
- по возможности изолировать больного;
- по назначению врача вводятся медикаменты.

Сбивать температуру не рекомендуется, т. к. организм сам защищается от инфекций и неблагоприятных факторов с помощью высокой температуры. Если гипертермия составляет угрозу жизни или способствует ухудшению состояния здоровья, применяют жаропонижающие средства (аспирин, парацетамол и др.)

**В случае возникновения коллапса** при резком падении температуры:

- из-под головы больного убрать подушку и опустить головной конец кровати;
- поднять ножной конец кровати на 30-40 см, вызвать врача;
- дать выпить больному крепкий сладкий чай, кофе;
- согреть больного;
- при улучшении состояния больного вытереть его насухо, сменить нательное и постельное белье.

**Больной в состоянии бреда, галлюцинаций** требует особого ухода, так как такой больной может быть социально опасным для окружающих и травмировать себя:

- при первых признаках бреда необходимо сообщить об этом врачу и тщательно присматривать за пациентом.

## ***Уход за полостью рта больного.***

У больных, не имеющих возможность самостоятельно ежедневно чистить зубы и полоскать рот, необходимо после каждого кормления ватным шариком, зажатым пинцетом или корнцангом, смоченным кипяченой водой, удалить остатки пищи со слизистой оболочки рта, зубов. Марлевым тампоном протирают язык, зубы, после чего больной прополаскивает рот. Можно также промывать полость рта при помощи шприца (без иглы), резинового баллона в положении сидя.

*Неприятный запах изо рта* уменьшается при полоскании раствором миромистина, 2% раствором соды.

*Съемные зубные протезы* на ночь снимают, моют с мылом и хранят в стакане с водой.

У тяжелобольных часто развивается воспаление слизистой оболочки полости рта - *стоматит*: появляются боль при приеме пищи, слюнотечение, может повыситься температура. *Стоматит* и *паротит* (воспаление околоушной железы) резко отягощают

состояние больного и могут быть причиной развития сепсиса. Поэтому необходим тщательный туалет полости рта. Для полоскания пользуются растворами соды (натрия гидрокарбоната), двууглекислого натрия или борной кислоты (по 1/2-1 чайной ложки на стакан воды). Полезно также полоскание минеральной водой, перекисью водорода (1-2 столовые ложки на стакан воды) и раствором перманганата калия (1:1000). Температура жидкостей, используемых для полоскания, должна быть 20-40 °С, больному дают специальную посуду для сплевывания. Иногда у больных появляются сухость губ и болезненные трещины в углах рта. Для облегчения состояния, на губы накладывают марлевую салфетку, смоченную водой, а потом смазывают губы вазелином. Не разрешается широко открывать рот, дотрагиваться до трещин и срывать образовавшиеся корочки, пользоваться зубной щеткой. Полоскать рот следует после каждого приема пищи.

## ***Подмывание больного***

Больных, длительное время находящихся в постели и не принимающих каждую неделю гигиеническую ванну, а также страдающих недержанием мочи и кала, необходимо несколько раз в день подмывать, так как скопление мочи и кала в области паховых складок может привести к нарушению целостности кожи и образованию пролежней.

### **Необходимые принадлежности:**

- теплая вода, дезинфицирующий раствор (слабый раствор перманганата калия, раствор риванола или другой дезинфицирующий раствор);
- кувшин для воды;
- держатель;
- стерильные ватные шарики;
- клеенка;
- подкладное судно.

### **Последовательность действий:**

- Сделать теплый раствор температуры 30-35 °С.
- Под судно подложить клеенку.
- Больного положить на спину с согнутыми в коленях ногами.
- Под крестец подложить подкладное судно.
- В левую руку взять кувшин с дезинфицирующим раствором и поливать на наружные половые органы у женщин или на область промежности у мужчин.
- Ватный шарик, зажатый держателем, направлять от половых органов к заднему проходу (сверху вниз), затем шарики выбросить.
- Сухим ватным шариком протереть кожу в том же направлении.

## ***Профилактика и лечение пролежней (ГОСТ Р-56819-2015)***

**Пролежни** - это дистрофические язвенно-некротические процессы, возникающие у ослабленных больных, длительное время находящихся в постели.

**Пролежни образуются** на местах, где мягкие ткани сдавливаются поверхностью постели. Чаще всего это область крестца, лопаток, большого вертела, локти.

**Образованию пролежней** способствует плохой уход за кожей, неудобная постель, редкое перестилание.

**Первый признак пролежней** - бледность кожи с последующим покраснением, отеком и отслаиванием эпидермиса. Затем появляются пузыри и некроз кожи.

В тяжелых случаях омертвлению подвергаются не только мягкие ткани, но также надкостница и поверхностные слои костного вещества. Присоединение инфекции может привести к сепсису и быть причиной смерти.

**Клиническая картина** различна при разных стадиях развития пролежней:

I-стадия - появление бледного участка кожи или устойчивая гиперемия кожи, не проходящая после прекращения давления; кожные покровы не нарушены.

II стадия - появление синюшно-красного цвета кожи, с четкими границами; стойкая гиперемия кожи; отслойка эпидермиса; поверхностное (неглубокое) нарушение целостности кожных покровов (поверхностная язва, которая клинически проявляется в виде потертости, пузыря или плоского кратера) с распространением на подкожную клетчатку.

III стадия - разрушение (некроз) кожных покровов вплоть до мышечного слоя с проникновением в мышцу; могут быть жидкие выделения из раны.

IV стадия - поражение (некроз) всех мягких тканей; наличие полости, в которой видны сухожилия и/или костные образования.

#### **Профилактика пролежней:**

**Профилактические мероприятия должны быть направлены на:**

- уменьшение давления на костные ткани;
- предупреждение трения и сдвига тканей во время перемещения пациента или при его неправильном размещении ("сползание" с подушек, положение "сидя" в кровати или на кресле);
- наблюдение за кожей над костными выступами;
- поддержание чистоты кожи и ее умеренной влажности (не слишком сухой и не слишком влажной);
- обеспечение пациента адекватным питанием и питьем;
- обучение пациента приемам самопомощи для перемещения;
- обучение близких;
- регулярно изменять положение тела;
- использовать приспособления, уменьшающие давление (подушки, поролон, прокладки);
- соблюдать правила приподнимания и перемещения: исключать трение и сдвиг тканей;
- осматривать всю кожу не реже 1 раза в день, а участки риска - при каждом перемещении;
- осуществлять правильное питание и адекватный прием жидкости;
- правильно осуществлять гигиенические процедуры.

Не допускать чрезмерного увлажнения или сухости кожи: при чрезмерном увлажнении - подсушивать, используя присыпки без талька, при сухости - увлажнять кремом.

Постоянно поддерживать комфортное состояние постели: стряхивать крошки, расправлять складки.

Обучить пациента дыхательным упражнениям и поощрять его выполнять их каждые 2 часа.

При уходе за пациентами- мужчинами рекомендуется также использование специальных мочеприемников и уропрезервативов, которые значительно облегчают уход за пациентом.

При появлении гиперемии кожи растирать это место сухим полотенцем для улучшения местного кровообращения, кварцевать кожу;

Кожу в местах мацерации обмывать холодной водой с мылом и протирать спиртом, затем припудривать.

Для протирания конец полотенца смачивают дезинфицирующим раствором, слегка отжимают и протирают шею, за ушами, спину, ягодицы, переднюю поверхность грудной клетки и подмышечные впадины.

Особое внимание следует обращать на складки под молочными железами, где у тучных женщин могут образоваться опрелости. Затем кожу вытирают насухо в том же порядке.

Позаботьтесь также о специальной удобной тумбочке рядом с кроватью, чтобы все необходимые средства были всегда под рукой.

***Средства, которые не рекомендуется применять для профилактики пролежней.***

1. Бриллиантовый зеленый 1%-ный или 2%-ный спиртовой или водный раствор (уровень доказательности D).
2. Калия перманганат раствор (уровень доказательности E).
3. Фуорцин раствор и другие красящие средства (уровень доказательности D).
4. Гексахлорофен раствор (уровень доказательности D).
5. Хлоргексидин раствор (уровень доказательности D).
6. Повидон-йод раствор (может применяться по ограниченным показаниям) (уровень доказательности D).
7. Спирт камфорный (уровень доказательности D).
8. Спирт этиловый 95% - 96%, 90%, 70%, 40% (уровень доказательности D).
9. Одеколон (уровень доказательности D).
10. Соляно-коньячный раствор (уровень доказательности D).
11. Салициловая кислота раствор (уровень доказательности E).
12. Перекись водорода раствор (может применяться по ограниченным показаниям) (уровень доказательности D).
13. Разведенный раствор спирта (водки) в сочетании с шампунем (уровень доказательности D).
14. Картолин мазь (уровень доказательности D).
15. Линимент бальзамический по А.В. Вишневскому (уровень доказательности D).

16. Растительные средства народной медицины, имеющие дубильный (вяжущий) эффект (кора дуба, кора ивы, калганый корень, настой зеленого грецкого ореха, скумпия и др.) (уровень доказательности E).
17. Применение резинового круга (резинового судна) в т.ч. обернутого ветошью, марлей (уровень доказательности E).
18. Применение ватно-марлевых кругов, матерчатого "бублика" (уровень доказательности E).
19. Массаж "рискованных" участков тела (уровень доказательности E).
20. Гигиенические мероприятия без использования профессиональных (косметических) средств, медицинских изделий по уходу за кожей, например, лосьонов, пенки, кремов, защитных пленок и др. (уровень доказательности E).

### **Приспособления для профилактики пролежней**

Чтобы не допустить некроза тканей у лежачих больных используют специальные приспособления. К ним относят матрасы, подушки и круги.



### **Матрасы для профилактики пролежней**

Для предупреждения пролежней врачи советуют каждые 2 часа переворачивать пациента с боку на бок, чтобы не допустить сдавливания кожи. Но это физически тяжело для ухаживающего человека. Поэтому с целью профилактики пролежней доктора рекомендуют использовать ортопедические матрасы, не требующие специального наблюдения или регулирования.

Виды противопролежневых систем:

- ячеистые;
- секционные.

Ячеистые приспособления оснащены камерами, напоминающими «пчелиные соты». Эти ячейки заполнены воздухом, которые сдуваются в шахматном порядке каждые 5-10 минут. Благодаря смене опоры улучшается кровообращение и массируются мягкие ткани. Изделия применяют при наличии пролежней 1 или 2 степени. Ячеистые матрасы предназначены для больных с массой тела не больше 120 килограммов. Эта разновидность подойдет для пациентов с недержанием. Так как материал изделия не впитывает влагу и легко моется.



Секционные матрасы назначаются для профилактики пролежней 3,4 степени у пациентов весом 100-160 кг. Приспособления состоят из баллонов, расположенных поперечно. Полотно изделия сделано из трубчатых подушек, периодически наполняющихся воздухом.

Балонный матрас изготавливается из антиаллергенного, нетоксичного, прочного нейлонового материала, не впитывающего запахи. Благодаря смене давления в секциях разминаются мягкие ткани и стимулируется циркуляция крови.

### **Подушки для профилактики пролежней**

Ортопедические валики предупреждают некротические изменения в тканях посредством уменьшения давления на кожу, снижения интенсивности трения покровов о твердую поверхность. Подушки, применяемые для ухода за лежачими больными, активируют кровоток и оказывают массажное воздействие на пораженную область. Также лечебные изделия снимают боль, расслабляют мышцы и позвоночник.

Противопрележневые подушки имеют гладкую или рельефную поверхность. По форме изделия бывают прямоугольными, квадратными, валикообразными и в виде конуса.

Медицинские приспособления, предупреждающие некроз мягких тканей, различают по виду наполнителя:

1. пеновые;
2. гелевые;
3. воздушные;
4. поролоновые.

Пеновые валики создают крепкую опору, правильно распределяя нагрузку тела, находящегося в сидячем положении. Преимущества изделий – проста в использовании, небольшая стоимость, легкость, сохранение позы больного. К недостаткам относят быстрое изнашивание, плохую поддержку осанки, низкую степень защиты тканей от сдавливания.

Пенные материалы, из которых изготавливают противопрележневые подушки:

- Поролон – снижает давление и смягчает твердые поверхности.
- Латекс – натуральный эластичный материал, пропускающий воздух.
- Пенополиуретан – упругий материал, повторяющий и «запоминающий» форму тела пациента.

Гелевые подушки уменьшают давление на мягкие ткани. Эти медицинские изделия отличаются устойчивостью, поэтому их применяют для поддержания позы и осанки.

Недостаток гелевого наполнителя – большая масса. Но силиконовый гель быстро охлаждает тело, предупреждает повышенное потоотделение.

Подушки с воздушными секциями используют для равномерного распределения давления. Изделия делят на статичные и приспособления с эффектом перетекания воздуха. Конструкция последних – это множество ячеек, связанных между собой, обменивающихся воздухом. У статичных валиков воздушный слой находится внутри, что снижает давление и создает комфортное положение для больного.

### **Круг для профилактики пролежней**

Подкладной круг – резиновое надувное кольцо с вентилем для наполнения воздухом. Средства для профилактики пролежней представлены в трех размерах:

1. Диаметр 30 сантиметров. Маленький круг применяется для предотвращения образования пролежней в области пяток, головы, голеностопа, локтей.
2. Диаметр 40 сантиметров. Универсальное изделие чаще подкладывают под крестец, бедра или плечи.
3. Диаметр от 50 сантиметров. Используется для профилактики некроза тканей у полных пациентов.

Применение резинового круга – больного переворачивают на бок. Изделие помещают под простыни таким образом, чтобы кожа, подвергающаяся давлению, находилась над отверстием.

### **Препараты для профилактики пролежней**

Обработка пролежней проводится растворами камфорного, этилового, салицилового спирта, марганцовки. Также редко применяется перекись водорода, Фурацилин и Хлоргексидин.

Когда в клетках тканей происходят некротические процессы и нарушается целостность кожных покровов – используют мази, крема и лечебные салфетки.



### **Раствор для профилактики пролежней**

Марганцовку, зеленку, йод при пролежнях современная медицина не использует. Врачи настаивают на том, что эти растворы раздражают, пересушивают кожу и усугубляют процесс ее отмирания.

В больничных условиях пролежни обрабатывают Хлоргексидином, оказывающим, обеззараживающее, противогрибковое и противовирусное действие. Для уничтожения патогенной микрофлоры используют Фурацилин. Для мягкой очистки раны применяют перекись водорода (3%), чтобы ускорить регенерационные процессы – физраствор.

Лечебными растворами протирают пораженные ткани 2-3 раза в сутки. После нанесения обеззараживающих средств кожу проветривают и немного подсушивают. С этой целью рекомендуется применение кварцевых ламп

### **Лечение пролежней:**

#### **Мазь для лечения и профилактики пролежней**

Чтобы предупредить некролизацию тканей и вылечить уже имеющиеся раны применяют мазь Левомеколь на основе левомицетина и метилурацила. Препарат оказывает противовоспалительное, антисептическое, репаративное, регенерационное действие. Благодаря полиэтиленоксидной основе средство повышает эффективность других лекарств и впитывает гнойное содержимое ран.

Левомеколь используют двумя способами:

1. Пропитывают мазью марлевую салфетку и прикладывают ее к ране.
2. Вводят средство в полость шприцом через дренажную трубку.

Перевязки с применением Левомеколя производят ежедневно. Курс терапии – 4 дня.

Для профилактики пролежней часто используют мазь Степланин на основе диэтилбензимидазолия трийодида. Лекарство обладает антисептическим действием, защищает рану от проникновения инфекции. Также, мазь оказывает мощный заживляющий эффект.

Степланин наносят на пораженную кожу слоем в 1 мм. Сверху накладывают марлевую повязку, которую меняют дважды в сутки.

#### **Крема для лечения и профилактики пролежней**

##### **Аргосульфан**

Для профилактики и терапии некроза тканей часто используют Аргосульфан. Крем оказывает антибактериальный, ранозаживляющий, обезболивающий эффекты. Главный компонент средства – сульфат серебра.

Препарат наносят на пролежни слоями 2-3 см до 3 раз в день. Допустимая доза в сутки – 25 мг. Длительность лечения – до 2 месяцев.

##### **Актовегин**

Для профилактики пролежней также применяют Актовегин на основе компонентов крови телят (депротеинизированный гемодериват). Средство активизирует и ускоряет процесс регенерации тканей.

С целью профилактики пролежней Актовегин втирают в области повышенного риска до 2 раз в день. Крем можно применять 12 дней.

#### **Камфорный спирт для профилактики пролежней**



Камфара активизирует трофику тканей, повышает регенерацию, ликвидирует патогенную микрофлору, стимулирует кровообращение, снимает боль и воспаление.

При пролежнях камфорный спирт разбавляют с водой в соотношении 1:1. Полученный раствор втирают в пораженную кожу или делают на его основе компрессы. Для этого марлю смачивают в теплом растворе, прикладывают к пролежню, и все фиксируют хлопковой тканью.

Компресс держат 2 часа. Процедуру проводят 2-3 раза в сутки. Курс лечения – 10 дней

### **Салфетки для лечения и профилактики пролежней**

В профилактических и лечебных целях при повышенном риске некроза мягких тканей используют гигиенические и лечебные салфетки. Первые имеют нетканую основу, они подходят для протирания раны с целью ее дезинфекции.

Лечебные изделия прикладывают к пролежню после его туалета. Салфетки пропитаны ранозаживляющими, антибактериальными веществами и ферментами. Лечебные салфетки накладывают на поверженную кожу на продолжительное время.

### **Супрасорб**

Гидрогелевые салфетки увлажняют рану, впитывают в себя экссудат, снимают налет, охлаждают и обеззараживают кожные покровы. Применение: на чистую кожу наносят гель со шприца, содержащегося в упаковке. Сверху накладывают повязку, которую оставляют примерено на 3 дня.

### **Медисорб А**

Альгинатные салфетки используют для профилактики и лечения мокнущих ран с целью впитывания гнойных и кровянистых выделений. Применение: повязку достают из упаковки, прикладывают к пролежню, фиксируют вторичной салфеткой. Замену изделия проводят до 2 раз в день.

### **ВоскоПран**

Используются для лечения заживающих ран, ускорения регенерации, предупреждения и распространения инфекции, очищения язвы от экссудата и омертвивших тканей. Применение: после вскрытия повязку прикладывают к коже так, чтобы ее края на 0.5 см выступали за поверхность пролежня. Защитный слой снимают через 2 минуты после наложения. Салфетку оставляют на ране пока она не заживет.

### **Народные средства для лечения и профилактики пролежней**

При тяжелом и обширном поражении мягких тканей в народной медицине применяют **масло облепихи, мед и алоэ**. Листья столетника измельчают и смешивают с другими ингредиентами (100 г). Все помещают в стеклянную тару и ставят в холодильник на 3 дня. Применение лекарства: мазь наносят на марлевую ткань и прикладывают к пораженным местам, обработанным Фурацилином. Салфетки накладывают дважды в день на 2 часа.

Для скорейшей регенерации кожи в народной медицине применяют отвар донника и ромашки. Сухие травы заливают водой (1 л), ставят на водяную баню на 10 минут. Отвар фильтруют и промывают им раны.

Для дезинфекции пораженной кожи используют **кору дуба**. Сухое сырье (200 г) заливают водой (2 л), ставят на огонь на 120 минут. Остывший отвар процеживают и делают из него примочки. В день к некротической области прикладывают 3 компресса. Курс терапии – 2 недели.

Лечение пролежней должно проводиться обязательно под контролем врача-хирурга.

### **Лечебное питание больных для профилактики пролежней**

Врачи рекомендуют сочетать лекарственные средства для профилактики пролежней с диетотерапией. Так, в рационе пациентов, проводящих много времени в однообразном положении, должна преобладать белковая пища. Поэтому в день больным рекомендуется употреблять 120 граммов растительных (бобовые, орехи) или животных продуктов (творог, нежирное мясо, рыба).

Для профилактики пролежней необходимо ежедневно кушать продукты, содержащие витамины, в частности аскорбиновую кислоту. Она активизирует иммунитет, что предупреждает развитие инфекционных осложнений.

Рекомендуемая суточная доза витамина С – до 100 мг. Аскорбиновая кислота содержится преимущественно в фруктах, ягодах и овощах: болгарский перец, киви, цитрусовые, брюссельская капуста, черная смородина, шиповник, облепиха.

Питание лежачих пациентов должно быть дробным. При этом врачи советуют исключить из рациона жирные, пряные блюда, полуфабрикаты и копчености.

## ***Уход за больными с недержанием мочи***

Недержание мочи может быть обусловлено различными причинами для назначения целесообразной терапии. В некоторых случаях это просто нарушение обычного стереотипа при смене обстановки, глубокий сон после приема снотворного, отсутствие привычной ночной посуды возле кровати. Недержание мочи нередко прекращается, если вернуть обычный стереотип, будить больного и предлагать помочиться.

У психически здоровых лиц после устранения местных причин может быть применена тренировка рефлекса на опорожнение после наполнения пузыря антисептическими растворами, используют ЛФК, ДЭНС терапию. По рекомендации врача, назначаются препараты типа: везикар, спазмекс, дриптан и др. Для постельных больных, необходимо, подкладное резиновое надувное судно, для ходячих - улавливатель мочи (различной формы для мужчин и для женщин), с резервуаром для собирания мочи, иногда применяют специальное белье.

## ***Катетеризация мочевого пузыря***

**Катетеризация мочевого пузыря** - введение катетера в мочевой пузырь с целью выведения из него мочи, промывания мочевого пузыря, введения лекарственного вещества или извлечения мочи для исследования. Катетеризация требует особой предосторожности, чтобы не внести в мочевой пузырь инфекции, так

как его слизистая обладает слабой сопротивляемостью к инфекции. Катетеризация не безопасна для больного и должна проводиться только в случаях необходимости.

Для катетеризации используют **мягкие и твердые катетеры**.

**Мягкий катетер** представляет собой эластичную резиновую трубку длиной 25-30 см и диаметром от 0,39 до 10 мм (№ 1-30). Наружный конец катетера, который вводят в мочевой пузырь, косо срезан или воронкообразно расширен, чтобы легче было вставить наконечник шприца при введении в мочевой пузырь лекарственного раствора.

**Твердый катетер** (металлический) состоит из рукоятки, стержня и клюва. Уретральный конец слепой, закругленный, с двумя овальными отверстиями. Длина мужского катетера 30 см, женского — 12-15 см с большим клювом. (Использовать твердый катетер имеет право только врач).

В настоящее время чаще используют одноразовые катетеры, хранящиеся в герметических упаковках. Их применение возможно только в сроки, указанные на упаковке. При любом механическом или химическом повреждении вакуумной упаковки использовать катетеры без предварительной стерилизации не допустимо.

## ***Введение катетера женщинам***

Перед катетеризацией проводится обработка рук, как перед любой манипуляцией или хирургическим вмешательством. Женщин предварительно подмывают (можно использовать любой дезинфицирующий раствор, но чаще применяют раствор фурацилина 1:1000), спринцуют, если имеются выделения из влагалища.

Сестра становится справа, левой рукой раздвигает половые губы, а правой (сверху вниз в направлении к заднему проходу) тщательно протирает наружные половые органы дезинфицирующим раствором. После этого в правую руку берется катетер, внутренний конец которого обрабатывается стерильным вазелиновым маслом, и, найдя наружное отверстие мочеиспускательного канала, в него осторожно вводится конец катетера. Появление мочи из наружного канала катетера указывает на то, что катетер находится в мочевом пузыре.

## ***Введение катетера мужчинам***

Введение катетера мужчинам значительно сложнее, так как мочеиспускательный канал имеет длину 22-25 см и образует два физиологических сужения, создающих препятствие для прохождения катетера. Медицинской сестре разрешается катетеризировать мочевой пузырь мужчин только резиновым катетером. Если катетеризация этим катетером не удастся, необходимо сообщить об этом врачу, который выполнит катетеризацию металлическим катетером.

**Техника введения в мочевой пузырь мягкого катетера:**

Больной лежит на спине со слегка согнутыми в коленях ногами. Между стопами помещается сосуд для сбора мочи. Сестра берет половой член в левую руку и протирает его головку ватой, смоченной дезинфицирующим раствором. Правой рукой с помощью пинцета берут катетер, располагая пинцет ближе к внутреннему концу катетера. Наружный конец катетера зажимается между V и IV пальцами той же руки. Смазав внутренний конец катетера стерильным вазелиновым маслом, его осторожно вводят в наружное отверстие мочеиспускательного канала и постепенно, без резкого усилия продвигают по ходу канала. Половой член при этом должен быть направлен вперед. Если просвет мочеиспускательного канала не изменен, катетеризацию удается провести сравнительно легко. Появление мочи из наружного конца катетера указывает на то, что катетер находится в мочевом пузыре. Извлекать катетер следует не после того, как выйдет моча, а немного раньше, чтобы струя мочи промыла мочеиспускательный канал после извлечения катетера.

Внимание! Иногда пациенты могут сами проводить катетеризацию мочевого пузыря, особенно мужчины.

## ***Уход за больными с недержанием кала***

Недержание кала часто ошибочно воспринимают как неизбежное проявление старения. При правильном диагнозе и соответствующем лечении в подавляющем большинстве случаев этот тягостный для больного симптом может быть резко уменьшен или устранен. Клинически это может быть частое, почти постоянное подтекание полу сформировавшегося кала или прохождение сформировавшегося кала 1-2 раза в день в постель или на одежду.

Причины симптома могут быть разнообразными. Чаще всего это применение слабительных, проктит, выпадение прямой кишки, рак прямой кишки, менее часто - язвенный колит прямой кишки, болезнь Крона, синдром недостаточной абсорбции (всасывания жидкости), ишемический колит, иногда ложный позыв на отхождение газов при запорах, а также причины, связанные с нарушением неврогенного контроля за актом дефекации.

В уход за такими больными необходимо включать попытки профилактики рефлекторного опорожнения толстой кишки. Так, если стул наступает после утреннего чая, то прием его больному следует сочетать с пребыванием на унитазе или ночной посуде. При склонности к поносам применяют лекарственные средства, задерживающие опорожнение кишок. Соответственно функции кишок применяются клизмы (лучше из отвара ромашки), изредка суппозитории.

### ***Постановка клизм.***

### ***Введение газоотводной трубки.***

### ***Очистительная клизма-***

**Показания:**

1. Перед родами, операциями.
2. При запорах.
3. Перед проведением эндоскопического исследования кишечника и рентгенологического исследования органов брюшной полости.
4. В виде лечебного питания, при невозможности приема пищи через рот.

**Противопоказания:**

1. Кровотечение из желудочно-кишечного тракта.
2. Острые язвенно-воспалительные процессы в прямой кишке.
3. Боли в животе неясной природы.
4. Злокачественные опухоли прямой кишки.
5. Трещины в области заднего прохода или выпадение прямой кишки.
6. Первые дни после операции на органах желудочно-кишечного тракта.
7. Массивные отеки.

**Количество и температура вводимой жидкости:**

- 1,5-2 литра воды комнатной температуры.
- При атонических запорах температура 12°C.
- При спастических запорах температура 40°C.
- Для питания температура 37-38 °C

**Оснащение:**

- Кружка Эсмарха, таз, вазелин, фартук, клеенка.

**Глубина введения в прямую кишку:**

- 10-12 см. Вначале 3 см по направлению к пупку, затем - параллельно позвоночнику на глубину 8-10 см.

**Алгоритм действия:**

1. Налейте в кружку Эсмарха воду. Для разжижения и облегчения вывода кала, в воду можно добавить масло.
2. Подвесьте кружку на стойку, смажьте наконечник вазелином.
3. Откройте вентиль на резиновой трубке и заполните ее водой. Закройте вентиль.
4. На кушетку, покрытую клеенкой, свисающей в таз, уложите на левый бок пациента, ноги согнуты в коленях и слегка приведены к животу.
5. Объясните пациенту, что он должен задержать воду в кишечнике на несколько минут для лучшего разжижения каловых масс.
6. Наденьте перчатки.
7. 1-м и 2-м пальцами левой руки раздвиньте ягодицы, а правой осторожно введите наконечник в анальное отверстие.
8. Приоткройте вентиль - вода начнет поступать в кишечник (следите, чтобы вода не вытекала быстро).
9. Закройте вентиль и осторожно извлеките наконечник.
10. Быстро подайте судно (если процедура проводилась не в клизменной).
- Примечание.* Если после введения наконечника в прямую кишку вода не поступает, то необходимо наконечник немного потянуть на себя. Или поднять кружку выше. После клизмы желательно, чтобы пациент не опорожнялся 5-10 минут.
11. Отсоедините наконечник и погрузите в дезинфектант.

12. Снимите перчатки, вымойте и осушите руки.

13. Документируйте выполнение процедуры.

Внимание: Правила ухода за больными, в основном, рассчитаны на сестер милосердия, которые проводят уход за больными на дому и в условиях, когда отсутствуют дипломированные медицинские работники.

### *Уход при боли.*

БОЛЬ - это психофизиологическая реакция организма, возникающая при сильном раздражении чувствительных нервных окончаний, заложенных в органах и тканях. Она сигнализирует о неблагополучии и вызывает ответную реакцию организма, направленную на устранение причины боли. Боль, является одним из наиболее ранних симптомов некоторых заболеваний. Степень ощущения боли является результатом различных болевых порогов. При низком болевом пороге человек ощущает даже сравнительно слабую боль, другие люди, имея высокий болевой порог, воспринимают только сильные болевые ощущения.

Болевой порог снижают: дискомфорт, бессонница, усталость, тревога, страх, гнев, грусть, депрессия, скука, психологическая изоляция, социальная опустошенность.

Хронический болевой синдром сопутствует практически всем распространенным формам злокачественных новообразований и значительно отличается от острой боли многообразием проявлений, обусловленных постоянством и силой чувства боли.

Острая боль имеет разную продолжительность, но длится не более 6 мес. Она прекращается после заживления и имеет предсказуемое окончание. Хроническая боль сохраняется более продолжительное время (более 6 мес). Хронический болевой синдром приводит к нарушению сна, снижению аппетита, отсутствию радости в жизни, замыканию в болезни, изменение личности, усталости. Проявлениями острого болевого синдрома являются возбуждение пациента, потливость, одышка, тахикардия.

Боль, с которой чаще всего, сталкиваемся в своей практике :

головная боль (мигрень, головные боли мышечного напряжения; вторичные или симптоматические - следствие перенесенной черепно-мозговой травмы, сосудистой патологии мозга, опухолей и т.д.).

- боль, связанная с воспалением элементов опорно-двигательного аппарата (суставные боли, радикулиты, мышечные боли, миалгии)
- абдоминальные боли (боли в животе);
- лицевые боли;
- боль при травме (ушибы, вывихи);
- боль при повреждениях кожи (ссадины, ожоги);
- зубная боль и боль после стоматологических вмешательств;
- боль при поражениях сердца (стенокардии, инфаркта миокарда);

- менструальная боль;
- боль у онкологических больных.

### **Оценка боли.**

При оценке боли определяют:

- ее локализацию;
- интенсивность и продолжительность (слабая, умеренная или сильная, нестерпимая, длительная боль);
- характер (тупая, стреляющая, схваткообразная, ноющая, терзающая, утомительная);
- факторы, способствующие ее появлению и усилению (что уменьшает боль, что ее провоцирует);
- ее наличие в анамнезе (как пациент переносил подобную боль ранее).

Интенсивность боли оценивают по двум методам.

1. Субъективный метод — шкала вербальных оценок. Интенсивность боли оценивает пациент, исходя из ощущения:

- 0 баллов — боль отсутствует;
- 1 балл — слабая боль;
- 2 балла — умеренная (средняя) боль;
- 3 балла — сильная боль;
- 4 балла — нестерпимая боль.

2. Также используют специальные линейки со шкалой, (от 1 до 10), по которой оценивается сила боли в баллах. Пациент отмечает на линейке точку, соответствующую его ощущению боли.

### **Лекарственная терапия для устранения боли.**

Сестра милосердия должна понимать, как действует то, или иное болеутоляющее средство. В этом случае, совместно с пациентом можно проводить текущую оценку адекватности обезболивания. Для проведения итоговой оценки эффективности анальгезирующей терапии, необходимы объективные критерии. Линейки и шкалы для определения интенсивности боли могут служить одним из критериев оценки боли. При раке применяют традиционную трехступенчатую лестницу фармакотерапии.

Для устранения боли используют ненаркотические анальгетики (аспирин, парацетамол, анальгин, баралгин, диклофенак, ибупрофен), слабые опиаты (ненаркотические анальгетики) (кодеин, дионин, трамал), сильные опиаты (морфина гидрохлорид, омнопон).

Существует определенная опасность развития у больного зависимости от наркотика. Однако по данным ВОЗ в снятии боли наркотическими анальгетиками чаще всего нуждаются больные в терминальной стадии, поэтому риск развития зависимости несопоставим по значимости с приносимым больному облегчением.

Во всех случаях выбора обезболивающих средств, необходимо советоваться с врачом и правильно подбирать лекарственные препараты и вспомогательные средства.

## ***Определение пульса, его характеристика.***

**Пульс** - это толчкообразные колебания стенок сосудов, которые возникают при движении крови, выталкиваемой сердцем. Исследуют пульс в местах поверхностного расположения артерий.

Чаще всего его прощупывают на лучевой артерии. Если исследование пульса на лучевой артерии затруднено (гипсовая повязка, ожоги), то возможно определение его на сонной, бедренной, височной артериях и др.

Характеристики пульса: ритм, частота, наполнение, напряжение, величина.

**Ритм** - это временной промежуток между пульсовыми волнами. Если они одинаковые, то пульс ритмичный; если разные - то аритмичный.

**Частота** - это количество пульсовых волн в 1 мин. В норме у взрослого человека — 60-80 ударов в минуту. Если частота пульса менее 60 ударов в минуту, это брадикардия, если более 80 - тахикардия. У доношенных новорожденных в норме: 120-140 ударов в минуту, у недоношенных : 140-160, в возрасте 1 года: 110-120 ударов в минуту.

**Наполнение пульса** определяется по силе, с которой необходимо прижать лучевую артерию для того, чтобы ощутить пульсовую волну. Пульс полный, если прилагаемые усилия невелики; пульс пустой, если сила прижатия больше. Наполнение зависит от нагнетательной функции сердца, тонуса сосудов и количества выбрасываемой сердцем крови.

**Напряжение пульса** определяется по силе, с которой надо прижать лучевую артерию до прекращения пульсации. В зависимости от силы прижатия выделяют пульс твердый (напряженный), умеренный и мягкий.

**Величина пульса** зависит от наполнения и напряжения. При хорошем наполнении и напряжении говорят о большом пульсе, при слабом наполнении и напряжении пульс считается малым.

Ритмичный пульс можно подсчитать за 1/2 мин, умножив затем полученные данные на 2. При аритмичном пульсе проводят исследование на обеих руках в течение 1 мин, затем данные складывают и делят на 2.

### **Приготовьте:**

- секундомер;
- лист наблюдений.

### **Технология исследования пульса на лучевой артерии:**

1. Больной должен быть спокоен, рука находится в расслабленном состоянии.
2. Захватите кисть пациента выше лучезапястного сустава так, чтобы ваш большой палец находился с локтевой стороны, а остальные пальцы - с ладонной стороны.
3. Прижмите лучевую артерию 2, 3, 4 пальцами к лучевой кости и найдите место пульсации.
4. Определите все характеристики пульса.
5. Занесите данные в лист наблюдений.

## ***Измерение артериального давления на***



## *периферических артериях.*

### **Последовательность действий сестры для обеспечения безопасности:**

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Положите правильно руку пациента: в разогнутом положении ладонью вверх, мышцы расслаблены. Если пациент находится в положении сидя, то для лучшего разгибания конечности попросите его подложить под локоть сжатый кулак кисти свободной руки.
3. Наложите манжетку на обнаженное плечо пациента на 2-3 см выше локтевого сгиба; одежда не должна сдавливать плечо выше манжетки; закрепите манжетку так плотно, чтобы между ней и плечом проходил только один палец.
4. Соедините манометр с манжеткой. Проверьте положение стрелки манометра относительно нулевой отметки шкалы.
5. Нащупайте пульс в области локтевой ямки и поставьте на это место фонендоскоп.
6. Закройте вентиль на груше и накачивайте в манжетку воздух: нагнетайте воздух, пока давление в манжетке по показаниям манометра не превысит на 25-30 мм рт. ст. уровень, при котором перестала определяться пульсация артерии.
7. Откройте вентиль и медленно выпускайте воздух из манжетки. Одновременно фонендоскопом выслушивайте тоны и следите за показаниями шкалы манометра.
8. Отметьте величину систолического давления при появлении над плечевой артерией первых отчетливых звуков.
9. Отметьте величину диастолического давления, которая соответствует моменту полного исчезновения тонов.
10. Запишите данные измерения артериального давления в виде дроби (в числителе - систолическое давление, а в знаменателе - диастолическое), например, 120/75 мм рт.ст.
11. Помогите пациенту лечь или сесть удобно.
12. Обработайте мембрану фонендоскопа 70%-ным спиртом двухкратным протиранием.
13. Вымойте руки.
14. Зарегистрируйте полученные данные в листе.

**Запомните!** Артериальное давление нужно измерять два-три раза на обеих руках с промежутками в 1-2 минуты, достоверным артериальным давлением считать наименьший результат. Воздух из манжетки надо выпускать каждый раз полностью.

При использовании электронных тонометров, необходимо следить за достаточным зарядом батареек, иначе показатели могут быть недостоверными.

## *Подсчет дыхательных движений*

### **Последовательность выполнения процедуры:**

1. взять часы с секундной стрелкой или секундомер;
2. выполнять манипуляцию сухими и теплыми руками;

3. психологически подготовить пациента к манипуляции, преднамеренно предупредив его, что будут определяться свойства пульса;
4. попросить пациента занять удобное положение и не разговаривать;
5. положить пальцы правой руки на область лучезапястного сустава пациента, имитируя подсчет частоты пульса;
6. подсчитать частоту дыхательных движений грудной клетки за минуту, наблюдая за экскурсией грудной клетки или брюшной стенки;
7. обратить внимание на глубину и ритмичность дыхания;
8. зарегистрировать частоту дыханий за минуту в температурном листе.

## ***Наблюдение за больными при кашле***

**Кашель** - является защитно-рефлекторным актом, направленным на выведение из дыхательных путей инородных тел, слизи, мокроты. По характеру кашель может быть сухой и влажный. Наблюдайте, как кашляет больной: непрерывно, периодически, приступами, отхаркивает ли он мокроту, что провоцирует кашель (во время еды, в определенном положении). Сухой кашель не сопровождается выделением мокроты и встречается при сухих плевритах, фарингитах и острых бронхитах, иногда сопровождается бронхиальную астму. Влажный кашель сопровождается выделением мокроты. Чем жиже мокрота, тем легче она отхаркивается. Кашель с выделением большого количества мокроты при перемене положения тела характерен для заболеваний, связанных с наличием полости (абсцесс, бронхоэктазы). Кашель, сопровождающийся рвотой, наблюдается у больных с коклюшем, при некоторых формах туберкулеза, а также при хроническом фарингите, когда вязкая мокрота раздражает чувствительную слизистую оболочку зева.

### **Помощь при кашле:**

- выполнение назначений врача;
- лечение основного заболевания, сопровождающегося кашлем;
- по согласованию с врачом - фитотерапия;
- по согласованию с врачом - применение отвлекающей терапии - горчичники, баночный массаж, согревающие компрессы на грудь, ножные горчичные ванны, а также лечебные ингаляции;
- обильное теплое щелочное питье;
- проветривание помещений;
- влажная уборка помещений;
- при наличии мокроты - проведение постурального дренажа, вибрационного массажа и обеспечение больного плевательницей;
- исключение неблагоприятных факторов, способствующих возникновению или усилению кашля - увлажнение воздуха в помещении, запрещение курения;
- при аллергическом кашле - удаление из помещения возможных аллергенов.

## ***Кормление тяжелобольных***

## **Кормление тяжелобольных ложкой**

**Показания:** невозможность самостоятельно принимать пищу.

**Оснащение:** посуда для кормления.

**Подготовка к кормлению:**

1. Предупредить пациента за 15 минут о том, что предстоит приём пищи, и получить его согласие.
2. Проветрить помещение, освободить место на тумбочке или придвинуть прикроватный столик.
3. Помочь пациенту занять высокое положение Фаулера.
4. Помочь пациенту вымыть руки и накрыть его грудь салфеткой.
5. Вымыть руки.
6. Принести пищу и жидкость, предназначенные для еды и питья: горячие блюда должны быть горячими (до 60°).
7. Спросить пациента, в какой последовательности он предпочитает принимать пищу.
8. Проверить температуру горячей пищи, капнув несколько капель себе на тыльную поверхность кисти.

**Кормление:**

1. Предложить выпить (лучше через трубочку) несколько глотков жидкости.
2. Кормить медленно:
  - называть каждое блюдо, предлагаемое пациенту;
  - наполнить ложку на  $\frac{2}{3}$  твёрдой (мягкой) пищей;
  - коснуться ложкой нижней губы, чтобы пациент открыл рот;
  - прикоснуться ложкой к языку и извлечь пустую ложку;
  - дать время прожевать и проглотить пищу;
  - предлагать питьё после нескольких ложек твёрдой (мягкой) пищи.
3. Вытереть (при необходимости) губы салфеткой.
4. Предложить пациенту прополоскать рот водой после еды.

**Окончание кормления:**

1. Убрать после еды посуду и остатки пищи.
2. Вымыть руки.

## ***Кормление с помощью поильника***

**Показания:** невозможность самостоятельно принимать пищу.

**Оснащение:** поильник, салфетка, питательный раствор.

**Подготовка к кормлению:**

1. Протереть прикроватный столик.
2. Рассказать пациенту, какое блюдо будет приготовлено.
3. Вымыть руки (будет лучше, если пациент будет видеть это).
4. Поставить на прикроватный столик приготовленную пищу.

**Кормление:**

1. Переместить пациента на бок или полусидя, полулёжа, если позволяет его состояние.

2. Прикрыть шею и грудь пациента салфеткой.

3. Кормите пациента из поильника небольшими порциями (глотками).

*Примечание:* в течение всей процедуры кормления пища должна быть тёплой и выглядеть аппетитно.

**Окончание кормления:**

1. Дать прополоскать рот водой после кормления.

2. Убрать салфетку, покрывающую грудь и шею пациента.

3. Помочь пациенту занять удобное положение.

4. Убрать остатки пищи.

5. Вымыть руки.

***Введение назогастрального зонда***

*(пациент может помочь медсестре, если поведение адекватное)*

**Показания:** определяет врач.

**Подготовка к процедуре:**

1. Объяснить пациенту ход и суть предстоящей процедуры (если это возможно) и получить согласие пациента на проведение процедуры.

2. *Подготовка оснащения:* стерильный желудочный зонд диаметром 0,5-0,8 см; стерильный глицерин, стакан с водой 30-50 мл и трубочкой для питья; шприц Жане, лейкопластырь (1x10 см); зажим; ножницы; заглушка для зонда; фонендоскоп, безопасная булавка; лоток; полотенце; салфетки; чистые перчатки.

3. Определить наиболее подходящий способ введения зонда: прижать сначала одно крыло носа и попросить пациента дышать, затем повторить эти действия с другим крылом носа.

4. Определить расстояние, на которое следует ввести зонд (расстояние от мочки уха до кончика носа и вниз по передней брюшной стенке так, чтобы последнее отверстие зонда было ниже мечевидного отростка или расстояние от губ до пупка).

5. Помочь пациенту принять высокое положение.

6. Вымыть руки. Надеть перчатки.

**Выполнение процедуры:**

1. Смочить слепой конец зонда водой или глицерином.

2. Попросить пациента слегка запрокинуть голову.

3. Ввести зонд через нижний носовой ход на расстоянии 15-18 см.

4. Попросить пациента разогнуть голову в естественное положение.

5. Дать пациенту стакан с водой и трубочкой для питья. Попросить пить мелкими глотками, заглатывая зонд. Можно добавить в воду кусочек льда.

6. Помогать, пациенту заглатывать зонд, продвигая его в глотку во время каждого глотательного движения.

7. Убедиться, что пациент может ясно говорить и свободно дышать.

8. Мягко продвигать зонд до нужной отметки. Если пациент способен глотать, предложить ему выпить воды через соломинку. Когда пациент глотает, мягко продвигать зонд.

9. Убедиться в правильном местонахождении зонда в желудке: ввести с помощью шприца Жане около 20 мл воздуха, выслушивая при этом эпигастральную область или присоединить шприц к зонду: при аспирации в зонд должно поступать содержимое желудка (вода и желудочный сок).

10. В случае необходимости оставить зонд на длительное время: отрезать пластырь длиной 10 см, разрезать его в длину на 5 см пополам. Прикрепить неразрезанную часть лейкопластыря зонд и закрепить полоски крест-накрест на спинке носа, избегая надавливания на крылья носа.

### **Окончание процедуры:**

- Закрывать зонд заглушкой (если процедура, ради которой был введен зонд, будет выполнена позднее) и прикрепить безопасной булавкой к одежде пациента на груди.

- Помочь пациенту принять удобное положение.

- Снять резиновые перчатки, утилизировать их.

- Вымыть руки.

- Сделать запись о проведении процедуры и реакции пациента.

### ***Продукты, запрещенные для передачи пациентам стационара.***

1. Молочные продукты без заводской упаковки.
2. Торты и кондитерские изделия с кремом.
3. Мороженое.
4. Сырые яйца.
5. Сырые продукты и полуфабрикаты из мяса, рыбы, птицы.
6. Салаты и винегреты.
7. Кровяные и ливерные колбасы.
8. Заливные блюда, паштеты, студни, зельцы, форшмаки, изделия во фритюре.
9. Блинчики с мясом, макаронные «по-флотски».
10. Консервы с нарушением герметичности банок, бомбежные, банки с ржавчиной, деформированные, без этикеток.
11. Грибы.
12. Консервированные продукты домашнего приготовления.

### ***Продукты, не рекомендованные для передачи пациентам***

1. Жирные и жареные блюда.
2. Продукты, содержащие красители и ароматизаторы.
3. Сублимированные продукты.

## **Общие требования к передачам пациентам**

1. Все продукты должны быть свежими - в пределах срока реализации и в ограниченных количествах.
2. Продукты упаковывают в полиэтиленовый пакет с указанием фамилии больного, палаты, даты передачи.
3. Скоропортящиеся продукты хранятся в холодильнике отделения.
4. После вскрытия скоропортящиеся продукты должны быть использованы в течение 12 часов.
5. Контроль за передачами продуктов питания больным возлагается на палатных медсестер, имеющих право проверять передачи, условия хранения продуктов питания. Продукты с истекшим сроком годности, признаками порчи изымаются в отходы.
6. Передачи разрешается использовать только после очередных приемов пищи с разрешения медицинской сестры в строго отведенное время. Хранить их в прикроватных тумбочках и использовать по своему усмотрению не разрешается.

## ***Мероприятия по уходу за больными в бессознательном состоянии***

Бессознательное состояние больного может иногда длиться несколько суток. В это время за ним надо умело, внимательно ухаживать. От правильного ухода часто зависит благоприятный исход заболевания. Особенно важно строго выполнять назначения лечащего врача.

Надо следить, чтобы больной лежал на чистой, сухой, хорошо расправленной простыне. Чтобы предохранить ее от загрязнения, поверх простыни кладут клеенку, завернутую в кусок ткани. Для предупреждения пролежней необходимо ежедневно протирать кожу больного камфорным спиртом или водкой и перестилать постель.

Если врач разрешает менять положение больного в кровати, нужно 2-3 раза в день поворачивать сначала на один, а затем на другой бок. Если же поворачивать больного нельзя, ему следует подложить под крестец завернутый в пленку резиновый круг, а под локти и пятки - специально сделанные из ваты и бинта небольшие кружки, напоминающие по форме баранки.

У больных, находящихся в бессознательном состоянии, температуру желательно измерять и записывать каждые четыре часа, это поможет врачу вовремя заметить изменения в течении болезни. Необходимо внимательно следить за цветом кожи и дыханием больного. Появление бледности, синеватого оттенка губ, кончика носа, ногтей и мочек ушей, замедленное поверхностное или учащенное клокочущее и хрипящее дыхание свидетельствуют о нарушениях сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Об этом следует немедленно сообщить врачу.

У больного в бессознательном состоянии нередко бывает рвота. Надо внимательно следить, чтобы рвотные массы не попали в его дыхательные пути,

поэтому голову слегка следует приподнять и повернуть набок. После рвоты рот протирают стерильной салфеткой, смоченной в кипяченой воде.

Если у больного в бессознательном состоянии мочеиспускание задерживается более 12 часов, необходимо срочно вызвать врача. Особенно важно следить за состоянием слизистой оболочки рта. Язык, губы, десны, внутреннюю поверхность щек и зубов не менее трех раз в день нужно протирать тампоном, смоченным в растворе питьевой соды (пол чайной ложки на стакан теплой кипяченой воды), а затем смазывать глицерином или растительным маслом (подсолнечным, персиковым, оливковым).

Больные, находящиеся без сознания, часто лежат с приоткрытыми глазами: у них отсутствует мигательный рефлекс. Чтобы избежать высыхания слизистой оболочки на веки больного нужно положить влажные, смоченные в кипяченой воде стерильные марлевые салфетки. Утром и вечером глаза надо промывать раствором борной кислоты (одна чайная ложка на стакан кипяченой воды). Очень важно правильно кормить больного высококалорийными, легкоусвояемыми, жидкими продуктами: сливками, бульоном, кефиром, киселем, соками, яйцами, сваренными всмятку, протертыми супами. Если у больного не нарушен глотательный рефлекс, его кормят понемногу с ложечки; если же больной не может глотать, сестра кормит его через зонд. Кишечник больного надо периодически очищать с помощью клизмы.

## ***Особенности ухода за больными с нарушением мозгового кровообращения***

Независимо от тяжести перенесенного инсульта, первое время больной будет проводить в постели. Зачастую ишемический приступ вызывает поражение инсультом левостороннего или правостороннего характера, так что человек оказывается парализован. Самое главное в процессе ухода за больным - не допускать нахождения в одном положении длительное время. Переворачивайте пациента каждые 2-3 часа, обязательно выполняйте лечебную гимнастику, соблюдайте положение парализованных инсультом конечностей - не на весу, а с использованием подвязок и валиков.

### **Положение «лежа на спине»**

Здесь главное - сохранить лежачим больным подвижность в плечевом суставе и предотвратить боли в нем. Для этого парализованную руку укладывают на рядом стоящий табурет, подушку или другую возвышенность. Важно, чтобы рука была разогнута в локтевом суставе, пальцы распрямлены, между торсом и плечом сохранялось естественное расстояние. Этого можно добиться при помощи валика или соляного мешочка весом 500г.

**Положение ног:** чтобы сохранить правильный кровоток, под колено укладывают валик и сохраняют угол 15-20 градусов. Стопа должна быть в нейтральном положении, которого можно добиться при помощи подставки. Если инсульт односторонний, старайтесь копировать движения здоровой и больной ноги.

### **Положение «лежа на здоровом боку»**

Важно обеспечить после инсульта лежачим конечностям поддержку: парализованные части тела согнуть в суставе и подложить под них подушку.

### **Положение «лежа на парализованном боку»**

Голова больного инсультом должна быть слегка наклонена книзу. Если парализованной оказывается рука, следует выпрямить ее под углом 90 градусов к торсу и перевернуть кверху ладонью. Здоровую конечность лежачим больным лучше отвести назад.

### ***Помощь в восстановлении.***

Как упоминалось ранее, лежачим больным следует обеспечивать комплекс ЛФК или массажа каждые 3-4 часа. При этом, выполняющим упражнения, рекомендуется пройти специальный курс обучения массажу.

**Главные принципы восстановительной гимнастики после инсульта таковы:**

1. Ухаживать за парализованными больными следует с осторожностью. Никакое движение не должно приносить боль или дискомфорт.

2. Дополнительно рекомендуется проводить дыхательную гимнастику, одновременно с физиологической.

3. Больным следует научиться, самостоятельно выполнять хотя бы элементарные положения и упражнения.

4. Только последовательность и терпение помогут достичь результатов: больным придется пройти все этапы от постели до костылей, ходунков, палочки и т.п.

5. Помогая больному заново учиться ходить, следует всегда поддерживать его с больной стороны.

### ***Особенности ухода за пожилыми и престарелыми людьми.***

Он подразумевает умение оптимально распределять время, чтобы успеть все:

- менять постельное белье;
- менять средства личной гигиены. В некоторых случаях лежачим больным людям требуются памперсы и пр.;
- проконтролировать прием лекарственных препаратов;
- проконтролировать прием пищи;
- спланировать время для досуга и общения;
- планировать время для прогулки в зависимости от самочувствия человека;
- спланировать время уборки и проветривания комнаты. Если человек совсем не может ходить, то это не означает, что доступ свежего воздуха должен быть ограничен. Напротив, очень важно обеспечивать оптимальную микроциркуляцию воздуха, соблюдая меры предосторожности.

### ***Особенности ухода за больными с психическими заболеваниями.***

Сестра милосердия должна обращать внимание на то, что делает больной и как он проводит день, стремится ли больной лежать в постели, стоит ли в одной позе или молча, ходит по палате или коридору, если он разговаривает, то с кем и о чем говорит. Нужно внимательно следить за настроением больного, ночью следить за сном больного, встает ли, ходит или совсем не спит. Нередко у больного быстро меняется



состояние: спокойный больной делается возбужденным и опасным для окружающих; веселый больной - угрюмым и нелюдимым; у больного внезапно может возникнуть страх и отчаяние, произойти припадок. В таких случаях сестра принимает нужные меры и вызывает врача.

Иногда больной отказывается от всякой еды и питья, или же не ест, но пьет, либо есть определенную пищу и т.д. Персонал все это должен замечать. Отказ от еды обусловлен различными причинами. Если больной отказывается от еды, то, прежде всего надо постараться его уговорить поесть. Ласковый, терпеливый и чуткий подход к больному имеет опять-таки главное и решающее значение.

Постоянная забота об успехах дела, приветливость в обращении с больными, четкое исполнение своих обязанностей, позволяет достичь хороших результатов по уходу за психическими больными.

**Внимание!** При уходе за больными с расстройствами психики: больной должен быть всегда в поле вашего зрения, нельзя поворачиваться к нему спиной, спать в одном помещении с пациентом, двери в помещение, где находится такой пациент, нельзя оставлять не запертыми.

### *Особенности ухода за инфекционными больными.*

Уход за инфекционными больными предусматривает в первую очередь меры по предупреждению распространения инфекции и заражения окружающих: соблюдение правил противоэпидемического режима и текущей дезинфекции, правильная вентиляция палат, обеззараживание воздуха бактерицидными лампами, влажная уборка с применением химических средств, дезинфекция испражнений. Ношение масок предохраняет персонал от капельной передачи инфекции, а разобщение больных от здоровых предупреждает распространение заболеваний.

## ***Уход за умирающими больными***

Смерть - это прекращение спонтанного кровообращения и дыхания, сопровождающееся необратимым поражением всех функций мозга. Процесс наступления необратимых патологических изменений в организме называют **умиранием**.

Существует несколько типов умирания:

**Первую группу** составляют больные, умирающие при безуспешной сердечно-лёгочной реанимации с тремя возможными исходами: 1) смерть наступает тотчас после прекращения реанимационных мероприятий; 2) развивается многодневная и многонедельная постреанимационная болезнь, которую относят, в том числе, и к умиранию; 3) возникает стойкое вегетативное состояние с безвозвратной утерей функции коры головного мозга.

**Во вторую группу** входят больные старческого возраста, у которых происходит постепенное угасание жизненных функций при сохранённом или неадекватном сознании.

**Третий тип умирания** наблюдается при тяжёлой патологии, которая принципиально излечима, но в силу различных обстоятельств не поддаётся

интенсивной терапии (синдром острого повреждения лёгкого, кардиогенный шок, перитонит).

Наконец, **в четвертую группу** включают умирание при неизлечимой болезни (травма, несовместимая с жизнью, злокачественная опухоль).

Все указанные типы умирания неизбежно заканчиваются смертью, и умирание по своей сути становится диагнозом. Если для выздоравливающего больного требуется интенсивная терапия, медицинские действия, направленные на ликвидацию физических страданий, а также воздействие на психику, то умирающий больной в интенсивном лечении не нуждается.

В связи с этим в последние десятилетия всё большее развитие получает так называемый **комфортный поддерживающий уход**. Его особенностью является: 1) ограничение инвазивных методов (катетеризация, пункция); 2) сокращение диагностических манипуляций; 3) тщательный гигиенический уход; 4) адекватное обезболивание; 5) адекватное питание; 6) психологический комфорт, который обеспечивается окружением родственников, психотерапевтом, священником или транквилизаторами.

Перевод на комфортный поддерживающий уход осуществляют по решению самого больного или законных представителей по рекомендации врача, представляющего полную информацию о характере патологии и прогнозе.

Особую группу составляют **больные со стойким вегетативным состоянием**. Их характеризует то, что они не страдают, поскольку отсутствует сознание. По той же причине они не могут принять решение о прекращении или изменении лечения, никогда не вылечатся.

При адекватном уходе такое состояние может длиться годами. Чаще всего больные со стойким вегетативным состоянием погибают от инфекции мочевыводящих путей и лёгочных осложнений.

Должный уход за больными со стойким вегетативным состоянием включает в себя:

- адекватное питание и питьевой режим, который обычно осуществляют с помощью желудочного зонда;
- обеспечение физиологических отправления естественным путём с помощью катетера, клизмы;
- гигиенический уход, включающий и обработку полости рта, которая часто является источником инфицирования;
- проведение физиотерапии, гимнастики и массажа;
- профилактику и лечение инфекционных, воспалительных и некротических осложнений (гипостатическая пневмония, пролежни, паротит, инфекция мочевыводящих путей).

## *Паллиативная помощь*

Когда неизлечимо больной человек, медленно угасая, приближается к кончине, кем бы он ни был, ближние уже смирились, с неизбежностью его ухода. Почти всегда. Даже если уходящий - праведник. В случае умирания неисправимого грешника, уже простив ему все прежние пакости, спутники его жизни желают, обычно не проговаривая вслух, скорейшей развязки. Вздыхают, если смерть медлит (Ипполит это правильно чувствовал, но не верно, реагировал - злился). Уходя, надо постараться уйти спокойно, понимая, что источник жизни пересох в нас, в мире жизнь «бьет ключом», люди желают жить и быть счастливыми. Без нас. Нас в их планах на будущее уже нет. Надо не только простить им их счастье, но и благословить их быть счастливыми (желать всем сердцем). Пусть это произойдет не вопреки, воле уходящего в иной мир, потому что все равно произойдет. Когда умирающий боится, что «они не перенесут моей смерти», почему его не пытаются разубедить? Ведь это несложно сделать. Потому что он не желает с иным смириться. Посетители предчувствуют, что чем более убедительно будут доказывать обратное, тем меньше его утешат. Тягостно навещать больного, до последних минут пребывающего в плену эгоизма.

Когда мы просим благословения у Бога через священника, что это означает, чего мы просим? Это означает, что задуманное дело мы не собираемся воплощать вопреки воле Божией о нас, не пытаемся устроить все тайком от Него, напротив, мы просим Его контроля на всех этапах реализации задуманного, Его непосредственного участия и помощи. Через испрошенное нами благословение Бог входит в нашу жизнь, не нарушая нашей свободы, участвует в ней. Благословение священника связывает воедино нас и Бога по данной Самим же Богом священству власти «вязать и решить»: «Истинно говорю вам: что вы свяжете на земле, то будет связано на небе; и что разрешите на земле, то будет разрешено на небе». Мф. 18:18. Успех задуманного - не самое главное, хотя если Бог взялся нам помочь, шансы на благополучное завершение значительно повышаются. Но иногда, для нашей же пользы, Бог препятствует осуществлению наших планов. Но что бы ни произошло впоследствии, главное, чтобы Бог был с нами. В этом цель получения благословения.

Благословивший участвует в жизни, благословленного им, даже если он не Господь Бог. Возможное и задуманное Творцом единение людей друг с другом гораздо глубже, чем принято, считать. Любовь и благословение это единение создают, ненависть и проклятие рвут. Даже смерть не в силах разорвать нить, связующую возлюбленных. С другой стороны, Сам Бог не в силах помочь тому, кто порвал со всеми. Почему нет церковного поминовения умерших во вражде к Богу? Почему не допускаются до участия в Таинствах люди, оправдывающие свою ненависть к другим? Не потому, что Бог и церковная паства не желают им добра, а

потому что они все равно не имеют возможности принять помощь, оторвав себя ото всех. Им невозможно помочь. Их выбор ужасен своей безысходностью. И если прежде кончины остается надежда переменить ситуацию, то после кончины – нет (после смерти нет покаяния). Напротив, ушедший в загробное царство в мире и покаянии, продолжает жить в возлюбленных им. Именно поэтому, когда живые подают за него милостыню и творят добрые дела, умерший сам таинственным образом участвует в этих делах и получает великую пользу.

Все сказанное известно верующим. Только надо найти возможность подсказать, помочь безнадежно больному благословить жизнь, благословить счастье, оставляемых им. Для него самого это стократ важнее, чем для остающихся. Они как-нибудь устроят свою жизнь и без его благословения, а вот каково ему будет там, если он замкнется в себе?

В мире существуют несколько организационных форм помощи больным с неизлечимыми заболеваниями. Наиболее полно служба паллиативной помощи представлена в системе хосписов, где онкологическим больным в финальной стадии их жизни оказывается всеобъемлющая медицинская, социальная и психологическая помощь.

Паллиативная помощь – деятельность, направленная на улучшение качества жизни и предупреждение физических, психологических, социальных и духовных страданий больных со смертельным диагнозом. Паллиативная терапия, как часть паллиативной помощи, включает комплекс активной и сострадательной терапии, направленной на поддержку не только пациента, но и членов его семьи, его друзей.

Понятие «паллиативная помощь»; возникло в связи с лечением онкологических больных, и традиционно было ориентировано на нужды умирающих и их близких. В настоящее время паллиативная помощь – долгосрочное разностороннее сопровождение, уход и поддержка всех больных с различными хроническими неизлечимыми заболеваниями. На этих больных ориентировано служение сестёр милосердия.

Основу организуемой системы составляют головные онкологические учреждения, ежедневно занимающиеся лечением больных со злокачественными новообразованиями. При их методической помощи создаются территориальные организационно-методические центры паллиативной помощи онкологическим больным (территориальные центры) или одно из подразделений системы паллиативной помощи: отделение паллиативной помощи, хоспис, кабинет противоболевой терапии, патронажная служба.

В организационную структуру Территориального центра целесообразно включить кабинет противоболевой терапии, процедурную, дневной стационар, отделение (палаты) паллиативной помощи и/или хоспис.

Территориальные центры функционально и методологически подчиняются головным онкологическим учреждениям, органам здравоохранения регионов РФ и находятся в функциональном взаимодействии со службами амбулаторной помощи больным с распространенными формами злокачественных новообразований, стационарной помощи и помощи на дому — выездные патронажные бригады.

На сегодняшний день, при методической помощи Центра паллиативной помощи онкологическим больным, (Приказ МЗ РФ № 222 от 27.06.2001) и головных

онкологических учреждений на местах в нескольких регионах страны по предлагаемой модели, созданы и функционируют территориальные центры, которые координируют работу организуемой на местах системы паллиативной помощи онкологическим больным и способствуют эффективному взаимодействию специалистов, занимающихся этой проблемой в различных регионах РФ.

Основу амбулаторной помощи онкологическим больным, страдающим хроническим болевым синдромом составляют кабинеты противоболевой терапии (приказ Минздрава РФ № 128 от 31 июля 1991 г.), где больным с распространенными формами злокачественных новообразований оказывается квалифицированная медицинская помощь.

Для оказания стационарной помощи нуждающимся в госпитализации больным с распространенными формами злокачественных опухолей предусмотрена организация хосписов (приказ Минздрава № 19 от 01.02.1991) и отделений (центров) паллиативной помощи (приказ Минздрава РФ № 270, пункт 1.6 от 12.09.97).

Основными задачами отделения паллиативной помощи и хосписа является создание оптимальных условий для больных с распространенными формами злокачественных новообразований, оказание им качественной паллиативной помощи. В соответствии с этим на отделение (центр) возлагаются функции: оказание квалифицированной паллиативной помощи онкологическим больным; оказание амбулаторной помощи в лечебно-консультативном кабинете, дневном стационаре, стационаре и на дому; оказание консультативной помощи медицинским учреждениям по организации паллиативной помощи онкологическим больным; внедрение новых методов лечения; проведение паллиативных хирургических вмешательств

В отделение паллиативной помощи и хоспис больные госпитализируются по следующим показаниям:

- наличие морфологически подтвержденного диагноза злокачественного новообразования в ситуации, когда возможности противоопухолевого лечения исчерпаны или его невозможно проводить из-за распространенности опухолевого процесса;
- наличие хронической боли или других патологических симптомов, ухудшающего качество жизни больного с распространенным злокачественным новообразованием.

## **Принципы обслуживания пациентов в хосписе**

К желаниям пациентов нужно относиться внимательно, помня об обычае, сложившемся у людей «исполнять последнее желание» умирающего человека, каким бы оно не было. Его исполнение является обязательным в хосписах, причём исполняются такие желания, которые не могли бы быть выполнены в обычной больнице, например, держать около себя свою любимую кошку или собаку, т. е. только в хосписе личность пациента (его желания, эмоциональные реакции) поставлены на первый план. Именно такое отношение позволило обреченной умирающей от рака в 25-летнем возрасте Джейн Зорза сказать: « Этот хоспис – лучшее место в мире».

В России хосписов ещё очень мало, в то время как хосписному движению в мире уже около 40 лет (первый современный хоспис был открыт в Англии в 1967 году). Первый хоспис у нас в стране открылся в Санкт-Петербурге в 1991 году, сейчас они открыты в Москве, в Туле, у нас в Тюмени и во многих других городах.

Латинское изречение гласит, что **самое определённое в жизни – смерть, а самоенеопределённое – её час**. Поэтому, с одной стороны, человек должен быть готовым к смерти всегда, но с другой, смерть воспринимается им как нечто, что может случиться с кем угодно, но только не с ним. В хосписе пациенты живут сегодняшним днём и сосредоточены на событиях конкретного дня. Хоспис – это не Дом Смерти, это Дом Жизни. Дом, где снимают боль. Смерть – это, как правило, пугающее, страшное событие. Множество причин препятствуют тому, чтобы встретить смерть спокойно. Но в то же время в развитых странах накоплен большой фактический материал о смерти и умирании. Созданы организации, объединяющие усилия медицинских работников, священников, философов, писателей, для оказания помощи безнадежным пациентам.

## Домашняя физиотерапия

Физиотерапия - это целенаправленное воздействие на организм человека с лечебной целью различными физическими факторами: водой, теплом, холодом, светом, электричеством и т.д.

В результате применения простейших методов физиотерапии оказывается воздействие на организм человека: исчезает болевой синдром, нормализуются секреторная и двигательная функции органов, уменьшается активность воспалительных процессов, улучшается питание органов и тканей, усиливаются процессы восстановления, нормализуется обмен веществ.

### **Общие противопоказания для физиотерапевтических процедур:**

общее истощение пациента, туберкулез легких, новообразования, некоторые заболевания кожи, тяжелые заболевания сердечно-сосудистой системы, нарушение мозгового кровообращения, высокое артериальное давление, кровотечения и склонность к кровотечениям.

### *Правила техники безопасности*

При отпуске лечебных ванн медсестре следует наливать в ванну вначале холодную, а затем горячую воду.

Перед помещением пациента в ванну измерьте температуру воды водным термометром. Соблюдайте необходимые температурные режимы и время отпуска лечебной ванны.

При постановке горчичников следите, чтобы эфирные масла не раздражали глаза пациента, предложите пациенту закрыть глаза и голову повернуть на бок.

Во всех случаях проведения процедур, установите доверительные отношения с пациентом, объясните цель и ход процедуры, получите согласие на процедуру.

## ***Постановка согревающего компресса***

**Показания:** местные воспалительные процессы кожи, подкожной клетчатки  
местные воспалительные процессы в суставах, воспаление в среднем ухе  
ушибы, травмы спустя 2-3 суток, гематомы

**Противопоказания: общие**

### **1.Оснащение:**

марлевая салфетка, сложенная в 8 слоев, раствор этилового спирта 45%  
клеенка или компрессная бумага, вата, бинт, ножницы, лоток, одноразовое  
полотенце для рук персонала.

### **2. Выполнение манипуляции**

1.Приготовить марлю или другую ткань, свернув в 6-8 слоев и смочить ее в  
нужный раствор.

2.Покрыть марлю куском компрессной бумаги (клеенки), которая на 1,5-2 см  
шире марлевой салфетки – **изолирующий слой.**

3.Положить слой ваты (размером больше предыдущего слоя на 1,5-2 см) -  
**согревающий слой.**

4.Зафиксировать компресс бинтом так, чтобы он плотно прилегал телу, но не  
стеснял движений - **фиксирующий слой.**

5.Зафиксировать время:

- если марлю смачивали в спирте, то компресс оставляют на 4-6 часов, а затем  
при необходимости меняют;

- если марлю смачивали в воде, то компресс оставляют на 8-10 часов (на ночь).

6.Через 1,5-2 часа с момента постановки компресса необходимо проверить его  
эффективность:

- подвести палец под повязки, не нарушая целостность компресса, и пощупать  
марлевую салфетку.

Внимание! Если необходимо применить горячий компресс, то смочить салфетку  
в воде (60 - 70°C), отжать и плотно приложить салфетку к коже - **действующий слой.**  
Через 10-15 мин поменять компресс (продолжительность наложения компресса  
определяется врачом).

Если компресс должен быть холодным, то время воздействия 2-3 минуты, затем  
салфетку меняем, обеспечивая непрерывность действия холодового фактора .

**3.Окончание**1.Снять компресс, кожу протереть теплой водой, просушить  
салфеткой; тепло укутать место постановки компресса.

## ***Постановка горчичников***

**Показания:**

воспалительные заболевания верхних дыхательных путей (ринит, фарингит),  
бронхит; боли в области сердца; лечение и профилактика легочных осложнений;  
пневмония; миозиты; гипертоническая болезнь.

**Противопоказания: общие**

**Горчичники не ставят:**

- на область сосков и молочных желез, на позвоночник, на родимые пятна.

### **При постановке горчичников возможны следующие осложнения:**

ожог кожных покровов, аллергическая реакция на эфирное горчичное масло  
пигментация кожи при использовании одних и тех же участков тела для постановки горчичников.

**Оснащение:** горчичники, лоток с водой 40-45°C, водный термометр, полотенце, марлевая салфетка, вазелин, часы, мыло жидкое  
одноразовое полотенце для рук медицинского персонала.

### **Порядок действий:**

1. Проверить пригодность горчичников.
2. Осмотреть кожу на предмет отсутствия повреждений, гнойничков, сыпи.
3. Помочь пациенту занять удобное положение (лежа на животе, либо на спине)
4. Налить в лоток воду. Измерить температуру воды для смачивания горчичников (40-45°C).
5. Поочередно смочить горчичники в воде в течение 5 сек, стряхнуть и приложить на нужный участок кожи горчицей вниз; сверху положить полотенце.
6. Укрыть пациента одеялом. Попросить его спокойно полежать 10-15 минут (с учетом индивидуальной чувствительности пациента к горчице).
7. При появлении стойкой гиперемии (через 10-15 минут) или нестерпимого жжения снять горчичники, сбросить их в лоток для отработанного материала.  
Снять горчичники, сбросить их в лоток для отработанного материала.
8. Протереть кожу пациента влажной теплой марлевой салфеткой, затем вытереть на сухо. Смазать кожу вазелином. Помочь надеть белье, уложить пациента в удобное положение. Укрыть его, рекомендовать постельный режим 30-60 минут.

Для ребенка грудного возраста: горчичники наложить черепицей между первыми и вторыми слоями пеленки горчичной стороной вверх. Горчичники расположить так, чтобы они оставляли свободными позвоночник и область сердца. Обернуть пеленку с горчичниками вокруг грудной клетки ребенка. Для детей время манипуляции составляет 3-5 минут.

Кроме горчичников, используют также горчичные ванны (из расчета 50 г. Горчичного порошка на 10 литров воды), которые могут быть как общими, так и местными. После ванны пациента обмывают чистой теплой водой, укутывая затем простыней и одеялом.

## ***Применение грелки***

### **Показания:**

местное согревание участков тела, рассасывание воспалительных инфильтратов, болеутоляющее действие, неврологические заболевания,  
1-ый период лихорадки.

### **Противопоказания:** ОБЩИЕ.

**Места постановки:** область живота, область инфильтрата, область поясницы, область икроножных мышц, область печени.

**Оснащение:** резиновая грелка 1,5-2 л, вода t 60-70°C, водный термометр  
полотенце или пеленка, емкость для дезинфекции, перчатки, мыло жидкое  
одноразовые полотенца для персонала.

### **Порядок действий:**



1. Проверить целостность грелки.
2. Налить горячую (60°C) воду в грелку на 2/3 объема.
3. Выпустить воздух сжатием верхней трети грелки, завинтить пробку.
4. перевернуть грелку пробкой вниз.
5. Вытереть грелку насухо.
6. Завернуть грелку в полотенце.
7. Приложить грелку к нужной области тела до полного остывания.

Примечание: при длительном применении по назначению врача делать 10-15 минутный перерыв, меняя воду.

8. Держать грелку до остывания.
9. Убрать грелку, открыть ее и вылить воду.
10. Осмотреть кожу пациента, помочь пациенту лечь в удобное положение, укрыть.
11. Надеть перчатки.
12. Обработать грелку ветошью, смоченной в дезинфицирующем растворе двукратно с интервалом 15 минут.
13. Промыть водой, высушить и хранить в специально отведенном месте.

### **Внимание!**

У тяжелобольных детей вследствие понижения кожной чувствительности легко могут возникать ожоги, поэтому, вместо резиновой грелки у детей возможно применение эклектической грелки, но под постоянным контролем медицинской сестры.

Особенно чувствительны к грелкам новорожденные. Поэтому их заворачивают в одеяло и обкладывают грелками таким образом, чтобы не было давления ими на ребенка. Одну кладут к ногам новорожденного, две другие вдоль тела с каждого бока на расстоянии ладони. Медицинская сестра обязана следить за температурой ребенка, чтобы не было перегревания. Грелки меняют по очереди.

Температура воды для грелки должна быть 40-60°C.

## ***Применение пузыря со льдом***

**Показания:** внутреннее кровотечение, острые воспалительные процессы, первые часы после ушиба, высокая лихорадка (2 период), ранний послеоперационный период, укусы насекомых, сотрясения мозга.

**Противопоказания:** снижение чувствительности участков тела, где будет проводиться манипуляция, коллапс, шок.

**Места постановки:** область живота, область грудной клетки, область головы

**Оснащение:** пузырь для льда, лед кусочками, полотенце, емкость для дезинфекции, перчатки, мыло жидкое, одноразовое полотенце для рук персонала

**Порядок действий:** 1. Заполнить пузырь мелкими кусочками льда на 2/3 объема.

2. Положить пузырь на горизонтальную поверхность, завинтить пробку. Проверить пузырь на герметичность.

3. Завернуть пузырь в полотенце (пеленку).

4. Приложить к нужному участку тела:

- область головы на 5 минут (с интервалом 5 минут)
- область брюшины на 10-15 минут с интервалом 20 минут.

5. Зафиксировать время:

**Примечание: общее время воздействия не должно превышать 2 часов с учетом интервалов.**

Внимание! Детям пузырь со льдом на голову не кладут, его подвешивают над головой на расстоянии 10 см.

Внимание! Могут быть осложнения: отморожение, воспалительные процессы.

**Применение аппаратов для снятия боли (СКЭНАР, ДЭНАС), в настоящее время принимает все большее распространение. Эти портативные, отечественные аппараты, разрешены к применению Минздр. Соц. Развития, имеют минимум противопоказаний, просты в обращении, ими может пользоваться сам пациент в любое для него время и не требуют специального обучения.**

## ***Лекарства.***

### ***Правила хранения и применения лекарств.***

Хранение медикаментов должно быть организовано с обязательным делением на группы "Наружные", "Внутренние", "Инъекционные", "Глазные капли". Кроме того, должно быть деление на порошки, микстуры, ампулы, которые размещаются отдельно, причем порошки хранятся, как правило, на верхней полке, а растворы на нижней.

Пахучие и красящие вещества должны храниться отдельно.

Каждый флакон, банка, штанглас, содержащие лекарства, должны иметь соответствующую этикетку.

Ядовитые лекарственные средства должны храниться в отдельном шкафу под замком.

Наркотические лекарственные средства должны храниться в сейфах или в железных шкафах. На внутренней стороне дверок шкафа (сейфа) должна быть надпись "А" и перечень ядовитых средств с указанием высших разовых и суточных доз.

Сильнодействующие лекарственные средства (список Б) должны храниться в отдельном (деревянном) шкафу под замком.

В местах хранения медицинских препаратов должен соблюдаться температурный и световой режим. Настои, отвары, эмульсии, антибиотики, сыворотки, вакцины, органопрепараты, растворы, содержащие глюкозу, и т.п. должны храниться только в холодильниках (температура 2 - 10 °С).

Сестра милосердия, при уходе на дому, должна строго следить за сроком годности и качеством лекарственных средств.

Внимание! Нельзя перекладывать лекарства из одной упаковки в другую, применять средства изменивший свой цвет, запах, консистенцию, имеющие хлопья и муть.

## ***Раскладывание и раздача лекарств для внутреннего употребления.***

Раскладывание и раздача лекарств для внутреннего употребления проводится с целью обеспечения своевременного приема лекарств пациентами.

Если пациент находится дома, лучше всего, все назначения врача вынести в отдельную тетрадь или сделать лист назначений, это облегчит вам, контроль за назначениями врача.

Оснащение для раскладывания и раздачи лекарств для внутреннего употребления: листы назначений, поднос с ячейками для лекарств, чистые мензурки, ложки, кипяченая вода или 5% раствор глюкозы для запивания лекарств.

Для раскладывания и раздачи лекарств сестра должна вымыть руки с мылом. Согласно листу назначений сестра набирает лекарства в ячейки для пациента на предстоящий прием.

### **Правила приема:**

- до еды принимают лекарства при заболеваниях ЖКТ;
- во время еды - лекарства, улучшающие пищеварение; после еды - лекарства, раздражающие слизистую оболочку ЖКТ.

**Внутрь** принимают таблетки, порошки, пилюли. Их помещают на корень языка и глотают, запивая теплой водой для лучшего растворения.

**Микстуры, отвары** наливают в мензурки по 15 мл - 1 столовая ложка; спиртовые настойки, экстракты и другие препараты, дозирующиеся в каплях, отмеряют пипеткой или капельницей в мензурку и добавляют немного воды.

**Под язык** принимаются лекарства для быстрого всасывания (валидол, нитроглицерин) в виде таблеток, капсул или растворов.

При введении под язык лекарственные вещества быстро всасываются под действием ферментов и соков, поступают в центральный кровоток, минуя печень. Но этим путем можно пользоваться только для введения таких лекарств, которые принимают больные в небольших дозах.

**Спиртовые настойки** капаются в мензурки и разбавляются кипяченой водой.

## ***Раздача лекарств***

Особое внимание даче лекарств, стоит уделять при уходе за больными в домашних условиях, в ЛПУ же этим занимается медицинская сестра.

1. В основном лекарственные препараты даются больному через 30 минут после приема пищи, т. к. большая их часть раздражает слизистую оболочку ЖКТ.

2. Лекарства, которые улучшают пищеварение, больной, принимает во время приема пищи.

3. Больные принимают лекарства в присутствии сестры.

4. Больной во время приема лекарств, в течение суток должен употреблять достаточное количество жидкости, т. к. из организма лекарственные вещества

выводятся в основном почками. Недостаточное и несвоевременное их выведение из организма способствует возникновению мочекаменной болезни.

5. Если больному назначены лекарства в капсулах, объясните ему, что ее стоит проглотить целиком, не разжевывая. Драже, капсулы, таблетки, пилюли кладутся на корень языка и запиваются небольшим количеством воды. Если пациент не может проглотить, то необходимо их растолочь (за исключением лекарств, содержащих железо).

6. Больные должны запивать лекарственные препараты, кипяченой водой.

7. Если больные принимают йодсодержащие препараты или препараты ацетилсалициловой кислоты, их нужно запивать молоком.

8. Калийсодержащие препараты запивают томатным соком.

9. Снотворные препараты больной должен принимать за 30 минут до сна.

10. Порошок высыпается на язык, ближе к корню, где меньше вкусовых рецепторов и запивается небольшим количеством воды. Его можно растворить в воде. Если порошок очень неприятен на вкус, к нему можно добавить сахарной пудры.

11. В листе назначений сестра должна сделать отметку о выполнении назначений.

### **ЗАПОМНИТЕ:**

1. Не выдается больному на руки вся суточная доза лекарств, т. к. он может их принять в один прием, что может стать причиной отравления лекарственными препаратами.

2. Лекарства не оставляются на тумбочке возле больного, т. к. больные часто принимают их с опозданием, а иногда совсем не принимают.

3. Если сестра случайно дала другое лекарство или превысила дозу, необходимо немедленно доложить врачу.

4. Не давать больному лекарственные препараты без назначения врача, т. к. любые лекарства могут привести к тяжелым последствиям.

5. Обо всех жалобах больного на неприятные ощущения от принятия лекарств и об отказе больного их принимать необходимо немедленно сообщать врачу.

**6. Сестра милосердия не имеет права назначать, отменять или заменять лекарства.**

7. При приеме внутрь вновь назначенного лекарства сестра обязана наблюдать за пациентами для своевременного выявления возможных побочных реакций или других осложнений.

## ***Подкожные, внутримышечные инъекции. Оказание помощи при возникновении осложнений после инъекций.***

### *Выполнение подкожной инъекции:*

- вымойте руки (наденьте перчатки);

- обработайте место инъекции последовательно двумя ватными шариками со спиртом: вначале большую зону, затем - непосредственно место инъекции;
- третий шарик со спиртом подложите под 5-й палец левой руки;
- возьмите в правую руку шприц (2-м пальцем правой руки держите канюлю иглы, 5-ым пальцем - поршень шприца, 3-4-ым пальцами держите цилиндр снизу, а 1-ым пальцем - сверху);
- соберите левой рукой кожу в складку треугольной формы, основанием вниз;
- введите иглу под углом 45° в основание кожной складки на глубину 1-2 см (2/3 длины иглы), придерживайте указательным пальцем канюлю иглы;
- перенесите левую руку на поршень и введите лекарственное средство (не переключайте шприц из одной руки в другую);

### **Внимание!**

Если в шприце имеется небольшой пузырек воздуха, вводите лекарство медленно и не выпускайте весь раствор под кожу, оставьте небольшое количество вместе с пузырьком воздуха в шприце.

- извлеките иглу, придерживая ее за канюлю;
- прижмите место укола ватным шариком со спиртом;
- сделайте легкий массаж места инъекции, не отнимая ваты от кожи;
- наденьте на одноразовую иглу колпачок, сбросьте шприц в емкость для мусора.

### **Наиболее удобными участками для подкожного введения являются:**

- наружная поверхность плеча; подлопаточное пространство;
- передненаружная поверхность бедра;
- боковая поверхность брюшной стенки;
- нижняя часть подмышечной области.

В этих местах кожа легко захватывается в складку и отсутствует опасность повреждения кровеносных сосудов, нервов и надкостницы.

### **Не рекомендуется производить инъекции:**

- в места с отежной подкожно-жировой клетчаткой;
- в уплотнения от плохо рассосавшихся предыдущих инъекций.

## ***Выполнение внутримышечной инъекции***

- Помогите больному занять удобное положение (при введении в ягодицу - на животе или на боку; в бедро - лежа на спине со слегка согнутой в коленном суставе ногой или сидя; в плечо - лежа или сидя).

- Определите место инъекции.
- Вымойте руки (наденьте перчатки).

### **Инъекцию проводят следующим образом:**

- обработайте место инъекции последовательно двумя ватными шариками со спиртом: вначале большую зону, затем - непосредственно место инъекции;
- третий шарик со спиртом подложите под 5-й палец левой руки;
- возьмите в правую руку шприц (5-й палец положите на канюлю иглы, 2-ой палец - на поршень шприца, 1-ый, 3-ий, 4-ый пальцы - на цилиндр);

- растяните и зафиксируйте 1-2-ым пальцами левой руки кожу в месте инъекции;
- введите иглу в мышцу под прямым углом, оставив 2-3 мм иглы над кожей;
- перенесите левую руку на поршень, захватив 2-ым и 3-им пальцами цилиндр шприца, 1-ым пальцем надавите на поршень и введите лекарственное средство;
- прижмите левой рукой место укола ватным шариком со спиртом;
- извлеките иглу правой рукой;
- сделайте легкий массаж места инъекции, не отнимая ваты от кожи;
- наденьте на одноразовую иглу колпачок, сбросьте шприц в емкость для мусора.

**Наиболее подходящими местами для внутримышечных инъекций являются:** мышцы ягодицы; мышцы плеча; мышцы бедра.

## ***Осложнения после инъекции***

После инъекции могут наблюдаться осложнения, если:

1. нарушены правила асептики. Последствия: инфильтрат, абсцесс, сепсис, сывороточный гепатит, СПИД;
2. неправильный выбор места инъекции. Последствия: плохо рассасывающиеся инфильтраты, повреждения надкостницы (периостит), сосудов (некроз, эмболия), нервов (паралич, неврит);
3. неправильная техника выполнения инъекции. Последствия: поломка иглы, воздушная или медикаментозная эмболия, аллергические реакции, некроз тканей, гематома.

## ***Использование дозированных аэрозольных ингаляторов***

1. Встряхнуть ингалятор перед использованием.
2. Прикрепить ингалятор к спейсеру
3. Сделать глубокий выдох.
4. Плотно обхватить мундштук спейсера губами.
5. Один раз нажать на ингалятор.
6. Медленно начать вдыхать.
7. Медленно продолжить вдох до максимума.
8. Задержать дыхание на 10 секунд или при невозможности так долго - задержать дыхание насколько возможно, не вынимая спейсер изо рта.
9. Сделать выдох через рот обратно в спейсер.
10. Снова медленный вдох через рот без впрыскивания новой ингаляционной дозы препарата.
11. Снова задержка дыхания и выдох уже без спейсера.
12. Повторная ингаляция не ранее, чем через 30 секунд.
13. Прополоскать рот водой.

## ***Введение капель в глаза, уши, нос***

Введение лекарства выполняется пипеткой, одноразовым шприцем или чайной ложечкой. Перед проведением процедуры надо убедиться в том, что вы вводите нужный препарат.

Очистите носовые ходы от слизи и корочек, чтобы восстановить их проходимость. Согретое в ладонях лекарство наберите пипеткой, предназначенной только для носа. Уложите малыша на спину и слегка запрокиньте головку назад, введите кончик пипетки в носовой ход и закапать назначенное количество капель.

Чтобы закапать капли в глаза, прежде всего нужно позаботиться о наличии отдельной пипетки для этой процедуры. Перед введением капель каждый глаз промывается отдельным тампоном, смоченным кипяченой водой или настоем ромашки. Очищение выполняется в направлении от внешнего края глаза, к внутреннему, к носу. Надо следить за тем, чтобы смываемая жидкость с одного глаза не попала на другой.

Предварительно согрев в ладонях флакон с необходимым препаратом, больного нужно уложить на спину и немного запрокинуть его голову. Затем немного отодвинуть нижнее веко и закапать капли или заложить мазь, стараясь не дотронуться пипеткой до глаза. При закапывании лекарства нужно также следить, чтобы излишки не попали на другой глаз.

Если в слуховых проходах имеются скопления серы или серные пробки, то их удаляют тугим ватным жгутом вращательными движениями. Предварительно в уши надо закапать несколько капель 3%-раствора перекиси водорода. Чтобы ввести лекарство в больное ухо, пациента укладывают на бок, больным ухом вверх, вводят в слуховой проход кончик пипетки и выпускают нужное количество капель теплого препарата. После этого оставляют его полежать в такой позе несколько минут, заложив слуховой проход ватой.

Все препараты вводятся только по назначению лечащего врача.

## ***Подача увлажненного кислорода***

Подача увлажненного кислорода для ингаляций (оксигенотерапия).

**Цель.** Устранение кислородного голодания тканей. Медицинский кислород - это газ, состоящий из смеси 95 % кислорода и 5 % углекислого газа, находящийся в баллоне под давлением 150 атм.

**Показания.** Экстренные состояния, сопровождающиеся различными нарушениями дыхания, заболеваниями сердечно - сосудистой системы; повреждения грудной клетки; хронические заболевания бронхов, легких; отравление угарным газом, синильной кислотой, удушающими веществами.

**Оснащение.** Кислородный баллон синего цвета с редуктором, понижающим давление кислорода; кислородная подушка, проверенная на целостность, снабженная воронкой и зажимом; марлевая четырехслойная салфетка, смоченная водой и отжатая; аппарат Боброва; стерильная носовая канюля; лейкопластырь.

## **Техника выполнения подачи увлажненного кислорода для ингаляций**

**Подача кислорода через носовой катетер:**

1. Вводят в носовые ходы катетер.
2. Фиксируют его вокруг головы пациента.
3. Соединяют катетер с той трубкой аппарата Боброва, которая находится над водой.
4. Открывают вентиль редуктора кислородного баллона, соединенного с аппаратом Боброва, регулируют скорость подачи кислорода до 4 - 5 л/мин.

*Примечание.* При набирании кислорода из баллона в подушку следует соблюдать правила техники безопасности:

- недопустимо курить, пользоваться открытым огнем или электроприборами вблизи кислородного баллона;
- запрещено пользоваться эфиром, спиртом, техническими маслами, бензином вблизи кислородных установок из-за воспламеняемости кислорода при контакте с этими веществами;
- не следует направлять струю кислорода в лицо, глаза, так как сжатый кислород является сухим.

### **Оснащение:**

Кислородный баллон синего цвета с редуктором, понижающий давление кислорода; кислородная подушка, проверенная на целостность, снабженная воронкой и зажимом; марлевая четырехслойная салфетка, смоченная водой и отжатая; аппарат Боброва; стерильный катетер; лейкопластырь.

## **Часть 5**

### **Первая неотложная помощь.**

#### **Неотложная помощь при болях в сердце.**

1. Прекратить физическую нагрузку, успокоить, усадить, уложить, приподняв голову.
2. Расстегнуть воротник, ослабить ремень.
3. Обеспечить приток свежего воздуха.
4. Положить под язык таблетку валидола. Если его нет, то принять 30 капель валокордина или корвалола. В случае отсутствия каких-либо "сердечных" лекарств можно (на крайний случай!) взять в рот глоток коньяка или водки, подержать несколько минут и выплюнуть. Глотать нельзя!
5. Если боли в сердце не исчезли и не уменьшились, положите под язык 1 таблетку простого нитроглицерина (возможно, использовать спрей - нитроминт).



6. Повторить прием нитроглицерина или спрея можно через 2-3 мин, но не более 3 таблеток (или впрыскиваний). Если боли не прошли в течении 30 мин, необходимо вызвать "Скорую помощь".

**Неотложная помощь при гипертоническом кризе** до приезда скорой помощи включает следующие действия:

- уложить больного на кровать в полусидячее положение. Это улучшит кровоток в легких и облегчит дыхание;

- при наличии хронической гипертензии – принять предписанный препарат в стандартной дозировке независимо от времени приема предыдущей дозы. В течение получаса допустимо снизить давление не более, чем на 30 мм рт. ст., за 1 час – не более, чем на 40-60 мм рт. ст.;

- принять успокоительный препарат (валидол, корвалол, валокордин).

-к ногам положить грелки или горчичники, на голову холод.

Первая помощь при гипертоническом кризе осуществляется следующими таблетированными препаратами:

- каптоприл (капотен) 1таб под язык. Если через 15-30 минут эффект не развился, допускается повторный прием в прежней дозировке;

- нифедипин (адалат, кордафен, коринфар и др.). При острой боли в сердце прием нифедипина запрещен, так как это может ухудшить состояние больного при инфаркте миокарда;

-быстродействующие препараты с кратковременным гипотензивным эффектом (физиотенз, максонидин и др.), следует применять с осторожностью, так как высока вероятность резкого неконтролируемого снижения давления.

Пациенты с гипертоническим кризом, приведшим к развитию органной недостаточности, подлежат немедленной госпитализации в отделение интенсивной терапии.

Помните! Лекарством выбора при гипертоническом кризе, будет тот препарат, который назначен врачом, но если есть угроза осложнений, тогда возможно применение каптогена под язык.

### **Приступ бронхиальной астмы.**

Для острого приступа данного заболевания характерно нарушение бронхиальной проходимости в результате отека и спазма бронхиол (мельчайших бронхов).

Приступ обычно развивается внезапно. Сначала появляется беспокойство, затем одышка с резко удлиненным выдохом. На расстоянии слышны «свистящие» хрипы, к которым примешивается звук «лопающихся пузырьков». Больной испытывает нехватку воздуха, появляются признаки удушья, нарастает сердцебиение.

### **Неотложная помощь.**

1. По возможности устранить аллерген, вызвавший приступ:

- проветрить комнату, убрать изделия из шерсти или пера, удалить в другое помещение домашних животных или птиц;

- при пыльцевой аллергии нужно закрыть окна и увлажнить воздух;

- в случае пищевой аллергии рекомендуется очистительная клизма и приём активированного угля.

2. Обеспечить больному достаточный приток воздуха.

3. Использовать бронхолитические средства: сальбутамол, дитек, беродуал и т. п.

4. Дать больному какой-либо антигистаминный препарат.

5. Применить отвлекающие средства: горячие ножные ванны или горчичники к ногам.

Если диагноз бронхиальной астмы был поставлен заранее и больной уже перенёс несколько острых приступов, у него, как правило, бывают медикаменты первой помощи, которые можно применить.

К больным во время приступа необходимо относиться внимательно, т.к у них обострено чувство страха и беспокойства, возможны панические реакции, на фоне которых интенсивность приступа возрастает.

## **Травмы.**

### **Ушибы.**

**Ушиб** - это закрытое повреждение мягких тканей или органов без нарушения целостности кожных покровов. Чаще всего ушиб возникает от удара тупым предметом. В области ушиба появляются боли, кровоподтек (синяк), припухлость, нарушается функция поврежденного участка.

## **Неотложная помощь**

### **1. Проведение тугого бинтования.**

Тугое бинтование осуществляют для уменьшения размеров кровоизлияния в тканях в месте ушиба, а так же для снижения величины отека и создания покоя в поврежденной конечности и уменьшения боли.

Тугое бинтование производится следующим образом: начало бинта, придерживая левой рукой, накладывают на бинтуемую часть тела, головку бинта держат в правой руке и разматывают бинт, натягивая его. Бинтуют слева направо, следя за тем, чтобы бинт постоянно находился в состоянии умеренного натяжения. Сначала накладывают 2-3 фиксирующих круговых тура один на другой. Затем бинтуют в косом (спиральном) направлении, на 1/2 или 2/3 покрывая предыдущий тур.

### **2. Придание конечности возвышенного положения.**

Возвышенное положение конечности создают, укладывая ногу или руку выше уровня груди пострадавшего. Это положение способствует уменьшению боли, отека, остановке венозного кровотечения, уменьшению размеров внутритканевых кровоизлияний.

### **3. Прикладывание на повязку в месте ушиба холода.**

Охлаждение области ушиба способствует уменьшению боли, отека и остановке кровоизлияния. К месту ушиба можно прикладывать полиэтиленовый пакет наполненный льдом или холодной водой; при отсутствии полиэтиленового пакета

используют смоченную холодной водой ткань. Холод на месте ушиба можно держать до 2-х часов, делая каждые 15 минут короткие перерывы.

#### **4 Применение обезболивающих средств.**

Для уменьшения боли пострадавшему можно дать 1-2 таблетки анальгина, спазгана, баралгина или других обезболивающих средств, находящихся в аптечке.

## ***Ушибы головы.***

При ушибах головы могут возникнуть либо травмы только мягких тканей, иногда с возникновением гематомы, либо более тяжелые черепно-мозговые травмы (сотрясение или контузия головного мозга). Неотложная помощь в этом случае заключается в следующем:

1. Прикладывание к месту ушиба холода (см. общие принципы оказания помощи при ушибах).

2. Укладывание пострадавшего в горизонтальное положение. После ушиба головы могут появиться головокружение, слабость, потеря сознания, рвота, что может привести к падению и получению при этом других травм. Поэтому пострадавшего необходимо на 1-2 часа уложить в постель.

#### **Внимание!**

За консультативной врачебной помощью следует немедленно обратиться в следующих ситуациях:

- если боль в месте ушиба не уменьшается через 1-2 часа;
- если появились общая слабость, головокружение, тошнота, рвота, ухудшение зрения, слабость в конечностях, нарушения сознания.

## ***Растяжения связок***

**Растяжение связок** - довольно распространённая бытовая травма, возникающая при резких и неожиданных движениях конечностей.

**Признаки данных травм** - болевые ощущения, ограничение движений конечности, возможный отёк в области травмированного сустава - являются следствиями острого асептического (немикробного) воспаления, спровоцированного импульсной нагрузкой на внутрисуставные анатомические образования.

Продолжительность болезненных изменений при растяжении связок может колебаться от нескольких часов (в случае лёгкой травмы) до нескольких суток и, даже, недель (если повреждение сопровождалось образованием внутрисуставного кровоизлияния).

#### **Первая помощь.**

Наиболее частая травма, подпадающая под понятие «растяжение связок», это подворачивание голеностопного сустава, характеризующееся острой, но «терпимой» болью, частичным нарушением функции и отёком, при отсутствии типичных признаков переломов и вывихов.

Больной должен максимально «щадить» пострадавшую конечность помня о том, что признаки воспаления могут развиваться постепенно и степень их выраженности будет во многом зависеть от нагрузки на голеностопный сустав в посттравматическом периоде.

При наличии сильной и стойкой боли рекомендуется приём анальгетических средств, в том числе ацетилсалициловой кислоты (аспирина); данный препарат обладает не только обезболивающим, но и противовоспалительным эффектом. Кроме того обезболивающий и противовоспалительный эффекты достигаются местным применением различных мазей и гелей (фастум-гель, индовазин и др.).

Для ограничения подвижности на область голеностопного или лучезапястного суставов накладывают иммобилизирующую повязку, следя за тем, чтобы она не вызывала отечность пальцев (в последнем случае повязку необходимо переложить, ослабив её натяжение). Затем к травмированной области, для предотвращения развития массивной гематомы, прикладывают холод, на время не превышающее 15-20 минут.

**Внимание!** В случае, когда после получения травмы отмечается быстрое прогрессирование отёка в области сустава, увеличивается интенсивность болевых ощущений и возрастает ограничение подвижности конечности, пострадавшего необходимо в срочном порядке доставить в пункт травматологической помощи.

## ***Вывихи***

**Вывихом** называется смещение суставных концов костей относительно друг друга вследствие воздействия, как правило, не прямой силы, когда объем движений в суставе превышает физиологический.

Травматический вывих в любом суставе сопровождается кровоизлиянием, той или иной степени выраженности, во внутренние полости сустава. Нередко происходят разрыв суставной капсулы и повреждение окружающих тканей.

Вывих возникает обычно при падении на отведенную (отставленную) конечность или в результате нетипичного поворота конечности при выполнении каких-либо действий. При этом пострадавшие отмечают резкий «щелчок», сильные боли и невозможность выполнения активных движений в суставе.

Во время осмотра выявляются следующие **типичные признаки вывихов**:

- вынужденное положение поврежденной конечности (обращает на себя внимание ротация конечности, то есть её неестественный поворот);
- изменение длины конечности;
- деформация области сустава;
- необычная локализация смещённого суставного конца кости (например, при вывихе плеча головка плечевой кости может прощупываться в подмышечной области);
- явление пружинящей фиксации, когда при попытке изменения положения конечности чувствуется упругое сопротивление.



Вывихи принято называть по обозначению нижележащей смещенной кости. Так, если произошел вывих в локтевом суставе (то есть в месте сочленения плечевой кости и костей предплечья), то он называется вывихом предплечья; вывих в месте сочленения плечевой кости, ключицы и отростка лопатки обозначается, как вывих плеча и т. д.

При вывихах могут повреждаться расположенные в области сустава нервные стволы. Такие травмы называют **осложненными вывихами**. Заподозрить осложненный вывих можно по нарушению активных движений в периферических участках конечности и нарушению чувствительности.

Среди всех возможных вывихов наиболее часто отмечается вывих плеча, при котором, помимо перечисленных выше типичных признаков, определяется западение мягких тканей в области верхней трети плечевой кости

При вывихах суставов нижней конечности необходимо произвести транспортную иммобилизацию в соответствии с принципами, изложенными в разделе «Переломы».

## *Переломы*

### *Виды переломов*

Переломом называется нарушение целостности кости. Основная причина переломов - травма, сопровождающаяся мощным механическим импульсом, приложенным к какому-либо костному образованию. Однако, переломы могут быть не только **травматическими**. Существуют так называемые «**патологические**» переломы, когда целостность кости нарушается при естественных нагрузках на фоне заболеваний, значительно снижающих прочность костной ткани (остеомиелит, сифилитическое или туберкулёзное поражение костей, опухолевые процессы и др.).

Переломы делятся на **открытые** (с повреждение кожных покровов костным отломком) и **закрытые** (без повреждения кожи в месте перелома). Открытые переломы представляют гораздо большую опасность, ввиду возможности кровотечения и присоединения инфекции.

Перелом может быть **полным** или **неполным**. При полном переломе между отломками утрачивается всякая связь посредством элементов костной ткани. Неполный перелом можно рассматривать как «надлом» или трещину.

Полные переломы в свою очередь делятся на **переломы со смещением** фрагментов кости и **переломы без смещения**.

По направлению плоскости фрагментации кости различают **поперечные, косые, винтообразные, продольные, вколоченные и оскольчатые** переломы.

## ***Признаки переломов.***

**Ведущий признак перелома** - это резко возникшая в момент получения травмы, чётко локализованная, интенсивная болезненность, усиливающаяся при любом движении и нагрузке на конечность.

К признакам перелома также относятся:

- сильная припухлость и кровоподтек;
- нарушение функции конечности;
- укорочение и деформация конечности;
- ненормальная подвижность конечности в месте перелома.
- крепитация ( трение отломков)

При пальпации (ощупывании) места перелома иногда определяются концы костных отломков и хруст при их движении, но это исследование (во избежание повреждения отломками кости сосудов, нервов, мышц и других тканей) на доврачебном этапе желательно не проводить.

В случае открытых переломов целостность кожных покровов в области травмы нарушена, просматриваются концы костных отломков или отдельные осколки кости. Видимая рана часто кровоточит.

Перечисленные выше признаки переломов могут отсутствовать, если расхождение костных отломков ещё не произошло. Однако при малейшем подозрении на перелом необходимо осуществить весь комплекс мероприятий, предусмотренных для данного класса травматических повреждений.

## ***Общие правила оказания первой неотложной помощи при переломах.***

Общие правила предусматривают выполнение следующих мероприятий:

1. остановка кровотечений (при их наличии);
2. применение обезболивающих средств (возможно в виде таблеток - анальгин, темпалгин, седалгин и др.);
3. проведение транспортной иммобилизации, обеспечивающей неподвижность костных отломков относительно друг друга (фиксация фрагментов поломанной кости

уменьшает боль и является одним из ведущих доврачебных мероприятий, предупреждающих развитие шока);

**Основной способ иммобилизации** - наложение шины, представляющей из себя жесткую конструкцию, которую фиксируют на травмированной конечности при помощи бинтовой повязки.

**Проводя транспортную иммобилизацию придерживаются следующих рекомендаций:**

- при угрозе факторов внешней среды (пожар, или другая катастрофические ситуации) транспортную иммобилизацию необходимо производить за зоной происшествия;

- накладывая шину, не нужно снимать одежду и обувь, чтобы исключить лишние движения; если это всё- таки необходимо для обработки раны - их разрезают;

- для создания неподвижности костных отломков шину нужно наложить так, чтобы стали невозможными движения в двух суставах, смежных с местом перелома (при использовании «импровизированных» шин, которые невозможно согнуть, фиксация суставов обеспечивается прибинтовыванием верхней конечности к туловищу, а нижней пострадавшей конечности - к здоровой);

- при наложении шины ни в коем случае нельзя пытаться сопоставлять костные отломки;

- под шину (особенно в местах костных выступов) подкладывают мягкую прослойку - вату, марлю или другие аналогичные материалы, это необходимо для предотвращения дополнительной болевой импульсации и микротравм при транспортировке;

- при открытых переломах нельзя прикладывать шину к тому месту, где наружу выступает фрагмент сломанной кости;

- повязку поверх шин следует накладывать равномерно плотно, но не очень туго, чтобы не нарушить кровообращение в конечности;

- после наложения шины конечности придают возвышенное положение.

### **Внимание!**

Если после проведения транспортной иммобилизации появились отёчность и синюшность пальцев травмированной конечности, шину необходимо переложить, ослабив натяжение фиксирующих её туров бинта.

## ***Переломы позвоночника и костей таза***

Наиболее часто нарушения целостности позвонков и костей таза возникают после падения с высоты, падения тяжестей на спину согнутого человека, удара большой силы в область позвоночного столба.

**Основной признак перелома** - интенсивная боль, появляющаяся сразу же после получения травмы в том или ином отделе (боль резко усиливается при нажатии на область повреждённого участка); дополнительные признаки - кровоподтеки и припухлость. При повреждениях спинного мозга у пострадавшего возникает чувство онемения и отсутствие движений в конечностях.

**Частым осложнением при переломе позвоночника** является шоковое состояние, связанное с самостоятельными попытками пострадавшего изменить положение тела; об этом необходимо помнить и предупреждать данную опасность.

### **Первая помощь.**

В первую очередь требуется успокоить пострадавшего, сведя к минимуму его двигательную активность; это может предотвратить не только развитие шока, но и повреждение спинного мозга, если оно не произошло в момент получения травмы. Затем, непосредственно на месте происшествия, провести обезболивание, пострадавшего необходимо переложить на твердый щит или любую ровную жесткую поверхность. Перекладывание осуществляется «за один приём» с участием 3-х - 4-х человек, создающих своими руками равномерную опору под всеми отделами туловища (один придерживает голову и шею, другие - спину, поясницу, таз и ноги). Переносить пострадавшего нужно с максимальной осторожностью, не допуская прогибов позвоночного столба.

При подозрении на перелом шейного отдела позвоночника необходимо подложить ниже затылка подушечку, соответствующую по высоте физиологическому изгибу данной области; повороты головы в любых направлениях требуется исключить.

При переломах костей таза, транспортировка осуществляется на щите в позе «лягушки».

### **Внимание!**

Пострадавший должен соблюдать строгий постельный режим и находится в положении лежа на спине, транспортировать больного необходимо на носилках со щитом.

## ***Переломы трубчатых костей (голени, бедра, костей предплечья и плеча).***

В зависимости от характера механического воздействия (прямой удар, падение на конечность) влечет за собой возможность повреждения крупных сосудов и нервных пучков.

При всех локализациях перелома отмечают: интенсивная боль, припухлость, кровоподтек, деформация, ненормальная подвижность, нарушение функции конечности и ее укорочение.

### **Первая помощь.**

Для транспортной иммобилизации при переломах (независимо от его локализации) можно использовать две дощечки (или другие жесткие предметы), которые прибинтовывают с обеих сторон поврежденной конечности. В ходе выполнения этого действия помощник должен удерживать пострадавшую конечность в слегка согнутом положении. Затем руку прибинтовывают к туловищу, фиксируя область плеча на боковой поверхности грудной клетки, а предплечье - на верхних отделах живота. В случае отсутствия каких-либо подручных средств, травмированную ногу фиксируют к здоровой любым перевязочным материалом или полосками ткани. При описываемых повреждениях необходимо обеспечить неподвижность не только смежных с местом перелома суставов (коленного и тазобедренного), но и голеностопного



Широко рекомендуемое **подвешивание зашинурованной руки на косыночной подвязке** не обеспечивает в достаточной мере неподвижность плечевого сустава, что может весьма негативно сказаться на взаимном расположении костных отломков.

#### ШИНИРОВАНИЕ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ



КОСЫНОЧНАЯ ПОВЯЗКА  
ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ПЛЕЧА  
И ПРЕДПЛЕЧЬЯ

ШИНА ПРИ ПЕРЕЛОМЕ  
ПРЕДПЛЕЧЬЯ И КИСТИ



ШИНА ПРИ ПЕРЕЛОМЕ  
ПЛЕЧА И ПРЕДПЛЕЧЬЯ

#### ШИНИРОВАНИЕ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ



ШИНЫ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ БЕДРЕННОЙ КОСТИ



ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ГОЛЕНИ

### Внимание!

Пострадавший с переломом бедра является «носилочным» больным, он ни в коем случае не должен перемещаться своими силами, даже с посторонней помощью.

## *Переломы костей черепа.*

Различают **открытые** и **закрытые** переломы костей черепа. В любой случае данная травма является наиболее опасной для жизни, по сравнению с переломами других костных образований.

**Признаки открытых переломов:** болезненная рана, кровотечение, выступающие костные отломки, иногда видна мозговая ткань, пострадавший почти все время находится без сознания.

**Признаки закрытых переломов:** боль, кровоподтек, припухлость, нарушения сознания, возможны рвота, непроизвольное мочеиспускание, при переломах основания черепа - истечение из носовых ходов и ушей крови и спинномозговой жидкости (ликвора). Широко известный «симптом очков» (синяки вокруг глаз) развивается лишь через несколько часов после получения травмы.

### **Первая помощь.**

Пострадавший должен находиться в горизонтальном положении с повернутой на бок головой (профилактическая мера, предупреждающая западение языка и попадание рвотных масс в гортань при внезапно возникшей рвоте). Под голову подкладывается небольшая кольцевидная подушка, которую можно изготовить, свернув в «бублик» полотенце или другую ткань.

При наличии раны её края обрабатываются раствором антисептика и накладывается стерильная повязка. На вступающие костные осколки ни в коем случае нельзя оказывать сильного механического воздействия. В случае носового и ушного кровотечений и выделения спинномозговой жидкости - удаление крови и ликвора стерильной салфеткой и прикладывание холода к области носа и к затылку («затыкать» носовые и ушные ходы ватными тампонами нельзя).

Требуется, чтобы рядом с пострадавшим постоянно находился ухаживающий, так как возможны периоды возбуждения с выраженной судорожной активностью, внезапная рвота, развитие различных вариантов дыхательных нарушений и другие угрожающие жизни проявления черепно-мозговой травмы.

## ***Острые кровотечения***

### ***Наружные кровотечения***

Причиной наружных кровотечений могут являться самые разнообразные травмы и ранения, приводящие к нарушению целостности сосудистой стенки.

Кровотечения, возникающие при повреждении артерий, называются **артериальными**. При повреждении вен отмечаются **венозные** кровотечения. Нередко наблюдается смешанный тип кровотечения - **артериовенозный** (при одновременном повреждении артерий и вен). Поверхностные раны (ссадины), приводящие к повреждению мельчайших сосудов - капилляров, сопровождаются **капиллярными** кровотечениями.

Небольшие венозные, капиллярные, а иногда и артериальные (при повреждении мелких артерий) кровотечения прекращаются самостоятельно, когда включаются факторы, способствующие свертываемости крови в поврежденных сосудах.

**При артериальном кровотечении** кровь имеет ярко-красный цвет и вытекает очень интенсивно, под большим давлением пульсирующей струей. В этих случаях обескровливание организма может наступить чрезвычайно быстро, поэтому мероприятия по остановке кровотечения должны быть осуществлены незамедлительно.

**При венозном кровотечении** кровь изливается медленно, непрерывным потоком и менее интенсивно. Цвет венозной крови заметно отличается от артериальной и может быть описан как тёмно-вишнёвый. Следует помнить, что венозное кровотечение всегда таит серьезную опасность, если имеются повреждения крупных вен лица, шеи, грудной клетки; в этих ситуациях во время вдоха в просвет вен пострадавшего может попасть воздух и вызвать смертельную эмболию (закупорку сосудов пузырьками воздуха).

**При угрожающем жизни кровотечении** пострадавшие отмечают слабость, головокружение, сухость во рту, жажду. Наблюдается резкая бледность кожных покровов. Резко учащается пульс, снижается артериальное давление.

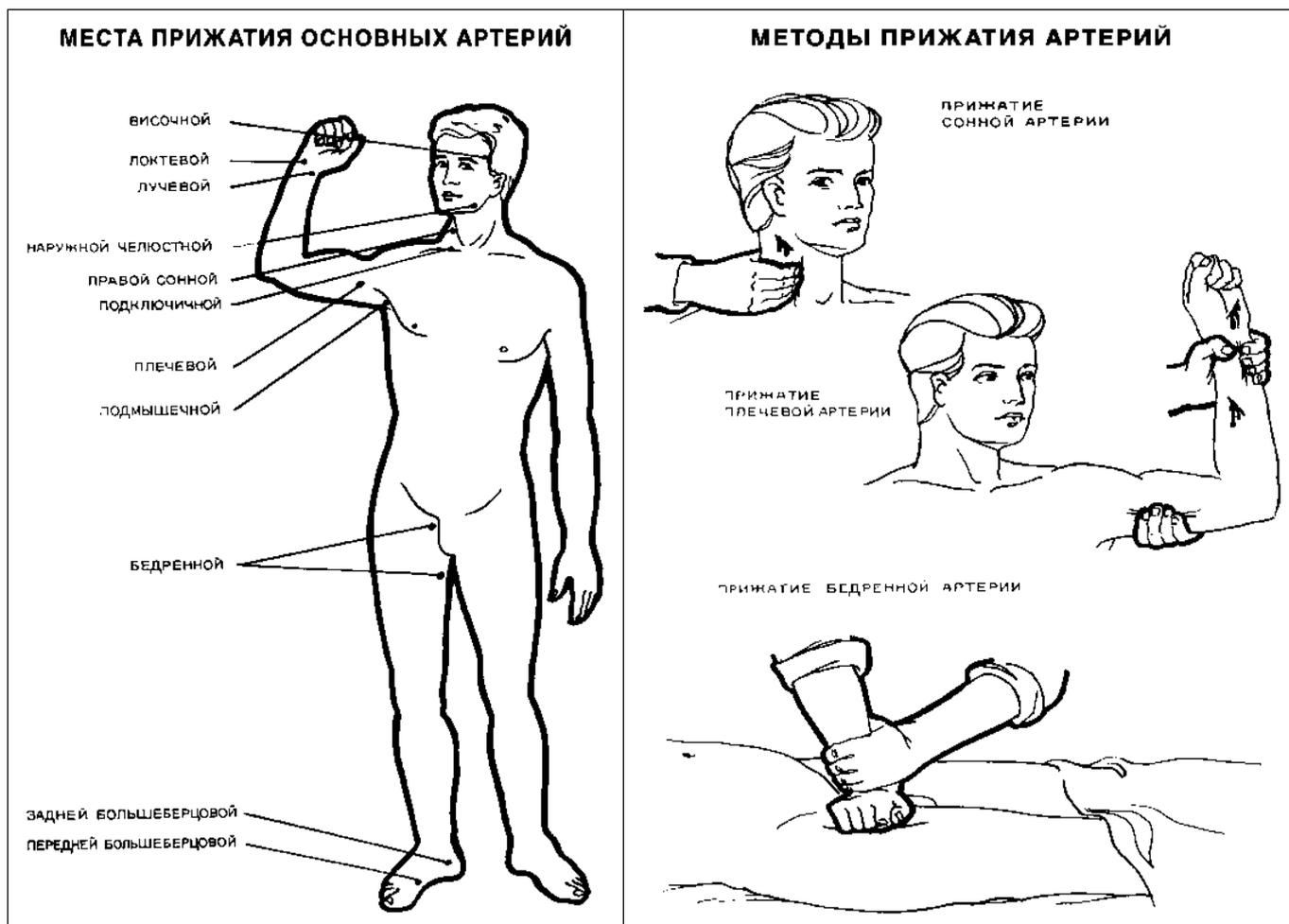
## ***Неотложная помощь при артериальных кровотечениях***

При первых признаках интенсивного артериального (или артериовенозного) кровотечения следует немедленно пережать пальцем или кулаком крупный сосуд, производя надавливание в непосредственной близости от раны в секторе, расположенном «ближе к сердцу», пострадавшего.

Пальцевое прижатие сосуда - это эффективный способ остановки кровотечения, однако он может быть применен лишь в течение 15-20 мин, так как даже физически сильный человек не в состоянии в течение длительного времени удерживать артерию в пережатом состоянии. Данный способ обычно используют в течение времени, необходимого для изыскания других средств, временной остановки кровотечения. В случае невозможности использования других средств пальцевое придавливание осуществляют в продолжение всей транспортировки пострадавшего.

Более надёжную временную остановку артериального кровотечения производят одним из следующих методов:

- наложением на травмированную конечность жгута;
- наложением приспособления заменяющего жгут (брючного ремня, закрутки и т.д.);
- сдавливанием крупного (магистрального) сосуда путем максимального сгибания конечности.



### Внимание!

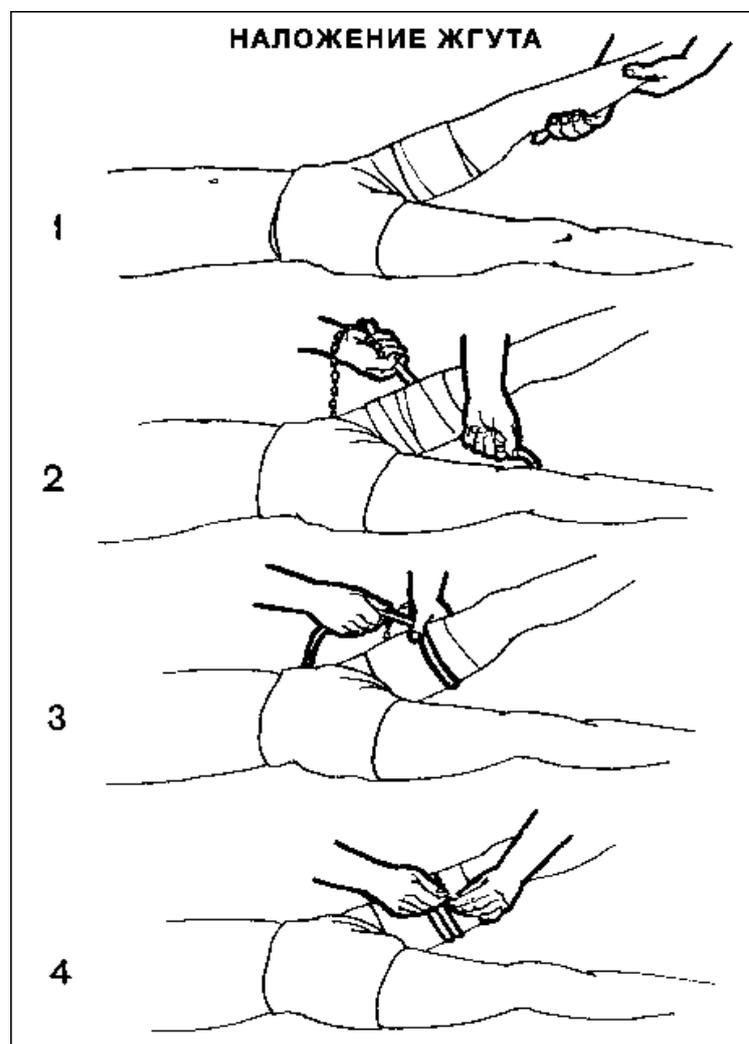
Проводя мероприятия, направленные на остановку кровотечения необходимо помнить о том, что при повреждениях конечностей всегда необходима иммобилизация их с помощью подручных средств. Желательно, особенно при длительной транспортировке, на тампонированную и перевязанную рану положить лед и небольшой груз.

Пострадавшего необходимо тепло укрыть, особенно в холодное время года, и обеспечить согревание в процессе транспортировки.

Методами временной остановки кровотечения (прижатие пальцем, наложение закрутки или жгута, фиксация согнутой конечности) нередко удается остановить кровотечение, однако надо помнить, что опасность его повторного возникновения не исключена.

Для окончательной остановки артериального кровотечения требуются хирургические методы

## *Остановка кровотечения при помощи стандартного жгута*



Медицинский кровоостанавливающий (артериальный) жгут представляет собой ленту из плотной резины средней эластичности длиной в нерастянутом состоянии до 150 см., снабжённую на концах приспособлениями для фиксации. Стандартный медицинский жгут может быть заменён любым материалом, приблизительно соответствующим приведённым выше характеристикам.

Применяя кровоостанавливающий жгут необходимо соблюдать следующие правила:

- жгут накладывается выше места кровотечения; оптимальная локализация жгута на верхней конечности - область плеча (даже при артериальном кровотечении из кисти), на нижней конечности - бедро (даже при кровотечении из стопы);

- кожные покровы на месте предполагаемого наложения жгута должны быть прикрыты одеждой, при отсутствии на пострадавшей конечности одежды в качестве

«прокладки» между жгутом и кожей используется бинт, марля или любая чистая негрубая ткань;

- жгут наматывают на конечность, используя всю его длину и постоянно удерживая в состоянии умеренного натяжения; туры жгута перекрывают друг друга так, что бы ширина намотки составляла 5-6 сантиметров;

- по окончании намотки концы жгута обязательно надежно фиксируются во избежание внезапного ослабления и возобновления кровотечения;

- если после жгутирования конечности появляется набухание поверхностных вен, жгут необходимо снять, осуществляя пальцевое придавливание повреждённой артерии, и наложить его с более сильным натяжением;

- с целью предупреждения возможных повреждений конечности в связи с воздействием жгута следует обязательно расслаблять жгут через каждые полчаса на 5-10 минут, предварительно пережимая пальцами, магистральный сосуд выше жгута, это обеспечивает циркуляцию крови в пострадавшей конечности;

- суммарное время нахождения жгута на конечности не должно превышать 30 минут, нахождение жгута может вызвать тяжелые, порою необратимые и угрожающие жизни пострадавшего изменения в биологических тканях, связанные с накоплением продуктов некротического распада);

- к жгуту необходимо прикрепить отчётливо заметную бирку или лист бумаги с указанием времени его наложения с точностью до минуты (делать надпись на самом жгуте не рекомендуется, так как при большом количестве надписей, трудно найти необходимую информацию). Данная маркировка особенно важна в холодное время года, когда под одеждой жгут можно не заметить. В тёплые сезоны не желательно прикрывать жгут одеждой или повязкой - он должен быть виден окружающим и сопровождающим;

Помните, что кровоостанавливающий жгут должен иметься в каждой аптечке; в случае отсутствия жгута он может быть с успехом заменён брючным ремнём, наложенным в виде особой двойной петли.

## Остановка кровотечения при помощи жгута-закрутки



Для закрутки может быть использована любая матерчатая лента изготовленной из относительно прочной ткани.

При наложении жгута-закрутки необходимо сделать свободную петлю на нужном уровне, в которую вставляется небольшая палочка длиной 15-20 сантиметров. Путем закручивания добиваются остановки кровотечения. Конец палки надежно фиксируется во избежание раскручивания и ослабления петли закрутки. Чтобы не было ущемления кожи в области закручивания ткани под место узла необходимо подложить какую-нибудь прокладку. В остальном, соблюдаются все правила наложения жгута.

Одним из доступных способов временной остановки артериального кровотечения является метод максимального сгибания конечности. Обязательным условием выполнения данной манипуляции является подкладывание в область сгибания валика с последующей его фиксацией

Однако необходимо отметить, что данный приём уступает по своей эффективности (в плане быстроты наступления ожидаемого результата) ранее описанным методам. Предельно допустимое безопасное время нахождения конечности в максимально согнутом положении (как и при жгутировании) составляет не более 30 мин.

## ***Неотложная помощь при венозных кровотечениях***

При повреждениях глубоких вен, сопровождающихся массивным истечением венозной (тёмно-вишнёвой) крови, проводят те же мероприятия, что и при артериальных кровотечениях.

При повреждении поверхностных вен достаточной эффективностью обладает давящая повязка: - на рану накладывают стерильные марлевые салфетки в несколько слоев, при отсутствии их - несколько слоев чистой проглаженной (стерильной) ткани; поверх первоначально положенного на рану материала располагают толстый валик из ваты, (марли, бинтов) с последующим тугим бинтованием конечности.

*Следует помнить, что описанные выше методы остановки кровотечений, являются лишь временной мерой. После оказания экстренной доврачебной помощи необходимо вызвать СП.*

## ***Неотложная помощь при желудочно-кишечном кровотечении***

### **Симптомы:**

Жалобы больного на боли в животе, рвотные массы темного цвета, сопровождается тошнотой.

### **Методика:**

- срочно вызвать «Скорую помощь»;
- создать больному покой;
- уложить больного в положение с приподнятыми на 10-15° ногами;
- положить на живот холод;
- можно давать глотать кусочки льда.

- для подтверждения правильности своих действий уточнить, страдает ли больной язвенной болезнью, была ли накануне многочисленная рвота или одно из перечисленных заболеваний, при которых могут встречаться желудочно-кишечные кровотечения, выяснить какие лекарственные препараты пациент получает;

- если больной потерял сознание, но у него сохраняются пульс и дыхание, наблюдать за основными функциями – контролировать пульс и дыхание;

- при остановке сердечной деятельности, начинать реанимационные мероприятия - искусственное дыхание и непрямой массаж сердца.



## ***Неотложная помощь при кровотечениях из легких***

Легочные кровотечения в виде кровохаркания встречаются при ранениях грудной клетки, ушибах ее, а также иногда при тяжелых формах туберкулеза лёгких.

При легочном кровотечении пострадавшему следует придать положение с приподнятой грудной клеткой и предупредить о необходимости сдерживать кашель. Рекомендуется давать пить холодную воду, на конечности наложить перекрестно венозные жгуты.

## ***Неотложная помощь при кровотечениях из носа***

При перегревании, ушибах головы и в ряде других случаев нередко наблюдаются кровотечения из носа.

При этом виде кровотечений следует предупредить больного, чтобы он держал голову наклоненной немного вниз и не сморкался.

На переносицу рекомендуется положить холод.

При особо упорном кровотечении из носа, следует через ноздри произвести тугую тампонаду стерильными марлевыми салфетками, смоченными кровоостанавливающими средствами (дицинон, гемостатическая губка, или сосудосуживающими каплями в нос).

Если носовое кровотечение продолжительное, измерьте у пациента артериальное давление: при повышенном давлении необходимо применить гипотензивные средства.

При частых кровотечениях из носа, показано обследование и наблюдение у ЛОР врача.

## ***Помощь при рвоте, отравлениях.***

При отравлениях неотложную помощь следует оказывать, основываясь на трёх основных принципах:

- максимальное удаление яда из организма;
- антидотная терапия;
- борьба с последствиями воздействия яда на организм.

Первая задача - вывести как можно больше токсинов и бактерий из организма.

При многих отравлениях человек рвотой и поносом удаляет часть токсинов и бактерий. Если же рвоты нет, то следует хорошо напоить человека холодной водой. Обильное питье растянёт стенки желудка и спровоцирует рвоту. Если этого не происходит - вызовите рвоту надавливанием на корень языка и живот. Если вызвать рвоту не удастся, необходимо промыть желудок. Промывание проводим холодной водой до чистых промывных выделений.

Затем даем адсорбенты: полисорб, активированный уголь, фильтрум и т.д

Затем даем слабительное и можно сделать очистительную клизму - это поможет очистить организм от остатков токсинов, попавших в кишечник.

При таком очищении организм теряет много жидкости, поэтому после очищения необходимо часто давать больному пить - но небольшими дозами (несколько глотков). Большая доза опять вызовет рвоту. Оптимально в качестве питья использовать раствор регидрона. Если его нет, используйте минеральную воду без газа, несладкий чай, разбавленный сок, компот.

Не давайте больному есть.

При повышении температуры выше 38 градусов - используйте жаропонижающие средства.

### **Внимание!**

Во всех случаях приема токсических веществ, следует проконсультироваться с врачом или работниками СП.

## ***Как помочь при рвоте, если пострадавший в сознании?***

При возникновении рвоты предпочтительнее выбрать положение сидя с наклоном туловища вперед. В этом случае следует определить емкость для рвотных масс и поставить ее между ног больного, грудь и шею его прикрыть от загрязнения. При начале позывов нужно встать слева и слегка придерживать голову пострадавшего в районе лба. После окончания рвоты человеку стоит помочь прополоскать рот и утереться салфеткой. Если тошнота отступила, можно немного откинуться назад. Пациент нуждается в покое и тишине, правда он не должен оставаться один, так как следующий приступ может наступить в любой момент.

При невозможности сохранять сидячее положение, больного укладывают без подушки, повернув при этом голову набок, если нет противопоказаний, можно уложить пострадавшего набок. При этом следует приготовить клеенку и емкость для рвотных масс, а также лучше иметь под рукой воду для полоскания рта. Постельное белье и одежду нужно менять по мере загрязнения, так как неприятный запах может спровоцировать следующий приступ.

## ***Первая помощь пострадавшему без сознания***

Если человек потерял сознание, его следует поместить так, чтобы голова была повернута набок. Обязательно нужно убрать подушку и зубные протезы, если они есть. Желательно заранее на случай возникновения рвоты подготовить емкость, клеенку, салфетку, а также чистую воду. Во время приступа рвоты, пострадавшего нельзя оставлять одного, а после его окончания следует очистить полость рта больного при помощи салфетки, намотанной на указательный палец, и воды.

## ***Аллергические реакции.***

### ***Крапивница.***

Наиболее часто крапивница развивается как проявление пищевой аллергии, однако не исключены варианты заболевания, когда в качестве аллергенов выступают лекарственные препараты, пыльца растений, домашняя пыль, яд жалящих насекомых и др.

Среди пищевых продуктов, входящих в «группу риска» по вероятности спровоцировать аллергический процесс по типу крапивницы, следует отметить следующие: куриное яйцо, шоколад, какао, цитрусовые, ананасы, земляника, клубника, смородина, малина, мед, орехи, рыба.

Проявляется заболевание внезапным образованием волдырей на здоровой до этого коже туловища, конечностей или лица. Волдыри при крапивнице ярко-розовые, иногда белые в центре, несколько приподнимаются над уровнем кожи; могут сопровождаться сильным зудом и жжением. Форма и размер волдырей отличаются разнообразием и непостоянством. Возможно, их самопроизвольное исчезновение в течение нескольких часов или даже минут. При высыпаниях может повыситься температура тела, возникает недомогание.

Пищевой вариант крапивницы может сопровождаться поражением слизистой оболочки кишечника, тогда возникают резкие боли в животе, рвота, диарея (понос).

### ***Неотложная помощь.***

1. Прекратить контакт с аллергеном; в случае пищевой аллергии - промыть желудок одним-двумя литрами прохладной воды с взвесью активированного угля (15-20 измельчённых таблеток по 0,25 грамма на 1 литр воды).

2. Дать больному какой-либо антигистаминный препарат (супрастин, цетиризин, зодак и т.д).

3. Наблюдать за состоянием дыхания больного; в случае развития грубых дыхательных нарушений, приступить к выполнению искусственной вентиляции лёгких.

### ***Анафилактический шок.***

Анафилактический шок - это одна из самых грозных аллергическая реакция немедленного типа. Наиболее частые причины развития данного состояния - применение медикаментов, на которые у больного ранее отмечались какие-либо аллергические реакции, и укусы жалящих насекомых. Анафилактический шок характеризуется глубоким угнетением функций жизненно-важных органов систем, наступающим после короткой фазы возбуждения.

При наиболее типичных вариантах анафилактического шока, через некоторое время после введения медикамента или укуса жалящего насекомого, у больного появляется чувство страха, беспокойства, развивается гиперемия (покраснение) кожных покровов, учащаются пульс и дыхание; затем гиперемия сменяется резкой бледностью и посинением носогубного треугольника, выступает холодный липкий пот, пульс (оставаясь учащённым) значительно ослабевает, дыхание становится

частым и поверхностным (возможны нарушения дыхания как при приступе астмы или отёке гортани), развивается заторможенность или потеря сознания, возможны рвота, непроизвольное мочеиспускание и дефекация. При тяжёлых формах шока, в течение ближайшего после начала реакции времени, может наступить смерть.

## **Неотложная помощь.**

1. Если шок связан с укусом жалящего насекомого в конечность - удалить жало, положить холод.

2. Придать больному положение с опущенным головным концом и проверить проходимость верхних дыхательных путей (аккуратно повернуть голову на бок, открыть рот и проконтролировать положение языка). В последующем - внимательно следить за состоянием дыхания и сердечной деятельности больного и, в случае необходимости, без промедления начать мероприятия сердечно-лёгочной реанимации.

3. Если больной в сознании, дать ему максимальную дозу какого-либо антигистаминного препарата (например, 2 таблетки супрастина).

4. Обеспечить максимальный приток свежего воздуха, не допуская при этом охлаждения больного.

5. Прикладывать к конечностям и туловищу грелки с тёплой водой, а при их отсутствии - растирать кожные покровы, повышая этим самым их температуру.

6. Напоить его горячим сладким чаем или кофе.

7. Вызвать скорую помощь.

8. По рекомендации врача, (в экстремальных ситуациях), можно ввести в/м 3-5 ампул преднизолона, или его аналогов (пересчет делают на преднизолон).

### **Внимание!**

Помните, что если после применения какого-либо препарата у человека появлялись признаки аллергии, следующее применение этого же препарата может привести к тяжелой форме шока.

## ***Солнечный и тепловой удар***

Солнечный удар возникает при длительном и интенсивном перегревании солнечными лучами, а тепловой при воздействии высокой температуры и повышенной влажности окружающего воздуха. В обоих случаях нарушаются процессы терморегуляции в связи с перегреванием организма при физической перегрузке в тесной и тёплой одежде, алкогольном опьянении, усиленном питании, ожирении, безветрии и т. д. При перегревании температура тела может повышаться до 40 - 42<sup>o</sup>C и в связи с этим возрастает потребность тканей в кислороде. Происходит сгущение крови, расстройства ЦНС.

По степени тяжести острые перегревания разделяют на легкие, средней тяжести и тяжелые.

**Лёгкая форма** характеризуется появлением жажды, общей слабости, недомогания, общей утомляемости, раздражительности, головной боли, тошноты, рвоты, повышения температуры тела до 37-37,5<sup>o</sup>C, глубокого дыхания, тахикардии. Все признаки перегревания подвергаются обратному развитию в течение 2-3 ч, если пострадавшего удалить из зон перегревания и создать ему покой.

**При средней степени тяжести** перегревания возникает резкая общая слабость, тошнота, рвота, головная боль. Нарушается координация движений, иногда наблюдается кратковременная потеря сознания. ЧСС: 120-130 в 1 мин. Температура тела может повыситься до 39-40 °С. Своевременное удаление пострадавшего из зоны перегревания и покой приводят к восстановлению работоспособности.

**При тяжелых формах** возникает психомоторное возбуждение, сменяющееся потерей сознания (тепловой удар) и судорогами, рвотой, непроизвольным мочеотделением и дефекацией. Кожа гиперемирована, горячая на ощупь, зрачки расширены и не реагируют на свет. Ярко выражена тахикардия, пульс слабый, АД низкое. Температура: 41-42 °С. Смерть может наступить от паралича дыхательного центра.

Тепловой удар отличается от солнечного, при котором возникает раздражение нервных центров при воздействии прямых солнечных лучей на непокрытую голову.

При этом появляются головная боль, тошнота, в тяжелых случаях возбуждение, бред, судороги и коматозное состояние.

## **Неотложная помощь**

Пострадавшего переносят в прохладное место, снимают одежду, производят влажное обтирание тела, кладут лёд на голову (возможно наложение льда в паховую область в проекции бедренных артерий).

## ***Переохлаждение и замерзание***

Возникает при воздействии низких температур, когда нарушаются процессы терморегуляции. Компенсаторная реакция, направленная на уменьшение теплоотдачи и поддержание температуры тела на постоянном уровне, заключается в сужении кровеносных сосудов кожи, повышении теплообразования за счет усиления мышечной работы (дрожь, повышение мышечного тонуса, судороги). Этот механизм компенсации может поддержать температуру тела короткое время, т. к. быстро истощаются энергетические ресурсы организма, защитная реакция приобретает патологический характер.

Переохлаждение и замерзание человека возникает не только при воздействии температуры ниже 0°C, но и при более высокой температуре во влажной окружающей среде, при физическом переутомлении, алкогольном опьянении, разнообразных стрессовых ситуациях.

## ***Отморожение***

**Отморожением** называется повреждение организма под действием холода.

По тяжести отморожение подразделяется на 4 стадии:

- **1 стадия:** бледность кожи, сменяющаяся покраснением с резкой болезненностью, зудом и шелушением;
- **2 стадия:** на гиперемированной коже появляются пузыри;
- **3 стадия:** гибель и некроз всех слоёв кожи;

- **4 стадия:** появляются некрозы кожи и подлежащих тканей, костей.

Помните, кожные изменения при отморожении появляются не сразу, как при ожоге, а спустя несколько часов или суток.

**Помощь пострадавшим** заключается в согревании обмороженной части тела в тёплом помещении, растирании её чистыми руками от периферии к центру, смазывании отмороженных участков спиртом, наложении асептических повязок и транспортной иммобилизации, горячее питьё и быстрая доставка пациента в стационар.

## ***Общее замерзание***

**Общее замерзание** наблюдается у пострадавших, попавших в холодную воду, травмированных в зимнее время года и потерявших способность к передвижению, у пьяных, уснувших на снегу.

В развитии общего замерзания 4 фазы:

- **1 фаза:** вследствие резкого сужения периферических сосудов и увеличения теплопродукции температура тела повышается даже до 37 °С;

- **2 фаза:** температура тела падает на 1-2 °С. Кожа бледная, ярко выраженная болезненность при дотрагивании до неё. Пульс слабый редкий. Сознание ясное. Наблюдается резкое возбуждение пациент;

- **3 фаза:** температура тела 34-27 °С, двигательная активность резко падает. Мышечная дрожь сменяется параличом мышц, болевая чувствительность исчезает, сознание затемнено, дыхание и сердечная деятельность снижается.

- **4 фаза:** температура ниже 27°С все функции снижаются. При прогрессировании охлаждения наступает смерть.

**Помощь пострадавшему:** немедленно внести в тёплое помещение, снять одежду обувь, провести согревание.

### **Внимание!**

Нельзя пациента опускать в горячую ванну или класть грелки на незащищенную кожу, это может привести к тяжелым осложнениям. Можно давать спиртное, горячее питьё, вводить анальгетики и сосудорасширяющие средства.

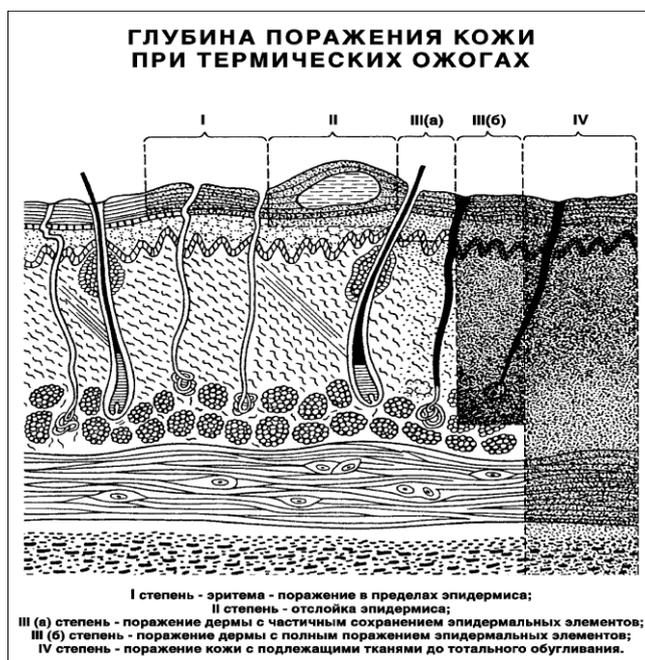
## ***ТЕРМИЧЕСКИЕ ОЖОГИ.***

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), среди всех видов травм ожоги занимают третье место по частоте встречаемости. Ежегодно один человек из тысячи получает термическое повреждение. В локальных войнах последних лет на ожоги приходится около 10% повреждений, что в 10 раз больше чем во время Великой Отечественной войны.

При термическом ожоге в первую очередь поражаются кожа и слизистые оболочки. При этом различают местные и общие изменения.

Местные изменения при ожогах характеризуются глубиной и площадью поражения.

Для оценки глубины ожогов, в отечественном здравоохранении, обычно используется классификация, предусматривающая четыре степени поражения



В плане прогноза по способности самостоятельного полноценного заживления все ожоги делят на 2 группы: *поверхностные* [I-III(а) степени] и *глубокие* [III(б)-IV степени]. При *поверхностных* ожогах может произойти самостоятельное (без операции) полноценное заживление, то есть заживление без образования рубца. При *глубоких* ожогах не происходит полноценного самостоятельного заживления: без кожной пластики образуется более или менее грубый рубец.

**Распознавание глубины поражения** основано на следующих признаках.

Гиперемия (покраснение) и инфильтрация (набухание) кожи при сохранённой чувствительности характерны для **ожога I степени**.

При **ожоге II степени** пузырь небольшой и ненапряжённый. Содержимое его жидкое, прозрачное, светло-жёлтой окраски. После вскрытия пузыря обнажается ростковый слой эпидермиса розового цвета. Прикосновение к нему шариком со спиртом резко болезненно (положительная спиртовая проба).

Для ожога III степени характерны крупные напряжённые пузыри. Часто пузыри разрушены. При **ожогах III(а) степени** содержимое пузырей желеобразное, насыщенно-жёлтого цвета. Дно пузыря влажное, розовое. Чувствительность его частично снижена (спиртовая проба не вызывает резкой боли и оценивается как сомнительная).

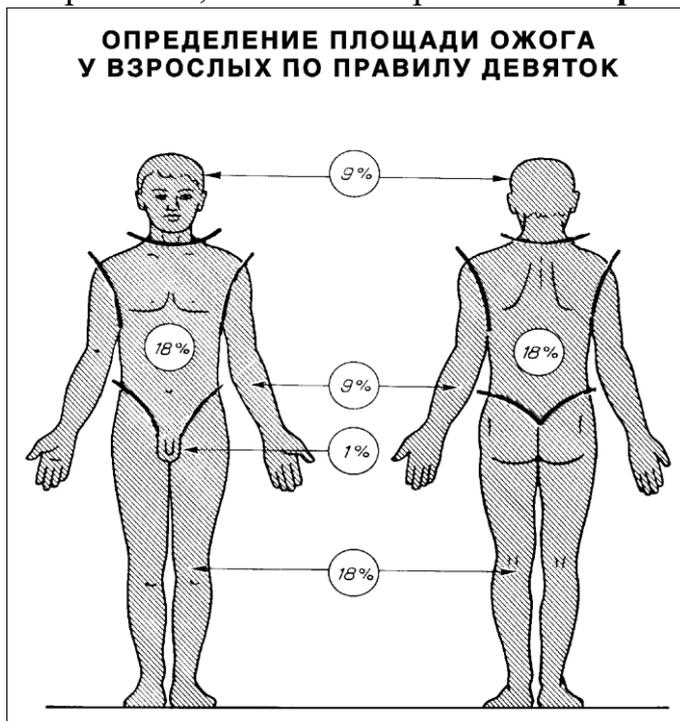
Для **ожога III(б) степени** характерно геморрагическое (кровянистое) содержимое пузыря. После снятия такого пузыря дно ожоговой раны сухое, тусклое, белесоватое или с мраморным рисунком. Чувствительность дна раны резко снижена или полностью отсутствует (спиртовая проба отрицательная).

**Ожог IV степени** характеризуется обугливанием тканей на всю их глубину, включая мышечную и костную ткани.

Тяжесть состояния пострадавшего определяется также площадью повреждённой поверхности и локализацией ожога.

**Определение площади ожоговой поверхности.**

На доврачебном этапе оказания помощи, среди множества методов определения площади поражения, наиболее приемлемы **правило девяток** и метод



**ладони.**

**Правило девяток** состоит в том, что относительная площадь отдельных участков тела примерно равна величине, кратной 9. Согласно этому правилу, площадь головы и шеи ориентировочно равняется 9%, руки - 9%, передней (как и задней) поверхности туловища - 2 раза по 9%, ноги - 2 раза по 9%, площадь промежности составляет приблизительно 1%. Правило девяток как самостоятельный метод более всего подходит для определения площади ограниченных сливных поражений: вся рука, голень и стопа и т.д. *Помните, что правило девяток справедливо только для взрослых пациентов.*

**Метод ладони** базируется на том, что площадь ладони взрослого человека составляет около 1% всей площади его тела. Условно покрывая ладонями обожжённую поверхность, можно без труда узнать её ориентировочную площадь. Самостоятельно метод ладони используется при определении небольших участков поражения или, наоборот, при ожогах, занимающих значительную часть поверхности тела. В последнем случае определяют площадь неповреждённых участков в процентах и вычитывают эти цифры из 100.

Обычно ожог напоминает географическую карту - участки поражения чередуются со здоровыми. В этом случае пользуются комбинацией описанных методов: по правилу девяток определяют площадь поражённого сегмента, а затем вычитают площадь неповреждённых участков, выявленную методом ладони. Например, при ожоге задней поверхности туловища (18%) методом ладони (1%) выявлено 6% неповреждённых участков спины (6 ладоней). В этом случае площадь составит  $18-6=12\%$ .

Влияние локализации ожога на тяжесть поражения несомненно. При равной площади и глубине поражения ожог головы протекает значительно тяжелее, чем ожог



ног. Особенно усугубляет состояние пострадавшего ожог дыхательных путей, который оказывает такое же воздействие как глубокий ожог кожи площадью 10-15%.

Несмотря на обилие факторов, влияющих на характер поражения, уже на доврачебном этапе правильно спрогнозировать тяжесть ожога и его исход. Наиболее простым приёмом прогнозирования, по отношению к взрослым, является *правило сотни*. Согласно этому правилу, прогностический индекс (ПИ) определяют как сумму возраста пострадавшего и общей площади ожога, имеющего степень II и выше. При этом ожог дыхательных путей учитывается как 10% поражения. Если полученная сумма (ПИ) не превышает 60, прогноз благоприятный. По данным литературы, летальность при ПИ<60 составляет около 1,1%. При ПИ 61-80 прогноз относительно благоприятный, при ПИ 81-100 - сомнительный, при ПИ 101 и более - неблагоприятный. При ПИ 101 и более летальность превышает 80%.

#### ***Примеры расчёта прогностического индекса.***

*Пример 1. У больного 30 лет общая площадь ожогового поражения составляет 19%. ПИ: 30 (возраст) + 19 (площадь поражения)=49. Прогноз благоприятный.*

ОБЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ОЖОГАХ в своей совокупности называются ожоговой болезнью, в которой различают 4 фазы (периода). Для целей экстренной доврачебной помощи наиболее важно знание 1-ой фазы ожоговой болезни - ожогового шока.

**Ожоговый шок** - угрожающее жизни пострадавшего состояние, начинающееся вскоре после получения тяжёлой термической травмы и продолжающееся обычно в течение 2-3 дней.

Раннее выявление ожогового шока должно основываться на определении наиболее очевидных признаков, а также на оценке площади и глубины поражения с учётом правила сотни.

#### ***К легко выявляемым признакам ожогового шока относятся:***

- 1. Возбуждённое или, наоборот, заторможенное состояние. В тяжёлых случаях сознание спутано, реже - отсутствует.*
- 2. Учащённое сердцебиение и дыхание, ослабленный пульс. Отмечаются жажда, чувство голода, озноб или мышечная дрожь.*
- 3. Неповреждённая кожа бледная, холодная на ощупь.*
- 4. Подёргивание мышц, «мраморность» или посинение кожи рук и ног.*
- 5. Выделение небольших объёмов мочи, имеющей тёмную, бурую или почти чёрную окраску.*
- 6. Рвота, вздутие живота, задержка стула.*

При поверхностных ожогах у взрослых тяжёлый шок может развиваться, если площадь поражённой кожи превышает 25-30%; при глубоких - 10%.

## **НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ.**

***Первая помощь при ожогах призвана решить 4 основные задачи:***

- 1 - прекращение действия термического агента;*
- 2 - профилактика вторичного инфицирования ожоговой раны;*
- 3 - профилактика ожогового шока;*

#### *4 - эвакуация из очага поражения.*

*Для прекращения действия термического агента* тушат горящую одежду и очаги горения на пострадавшем, выносят его из очага горения.

Очень часто для прекращения горения используют воду, обливая поражённые части тела из ведра или шланга. В то же время следует помнить, что при поражении активно горящими жидкостями (например, бензином) тушение водой противопоказано, так как может привести к распространению горения из-за разбрызгивания горящего вещества, в этом случае используйте огнетушитель.

*Профилактика вторичного инфицирования ожоговой раны.* Задача первой и помощи - предупредить вторичное микробное загрязнение ожоговой раны. Для этой цели используют защитную повязку.

Повязку накладывают после снятия одежды. При небольших ожогах используется обычная бинтовая повязка с раствором фурацилина. При большой площади поражения, оптимальным вариантом является применение импровизированной повязки, использовать для которой можно простыни, полотенца и др. Сверху повязки можно положить холод.

#### ***Внимание!***

*Применение противоожоговых жидкостей (пантенол и т.д.) разрешается только после обработки ожоговой поверхности антисептическими растворами.*

*Профилактика ожогового шока* заключается, прежде всего в правильности и рациональности оказания первой и доврачебной помощи.

Перед обработкой ожоговой поверхности не забудьте больному дать обезболивающие средства (анальгин, пенталгин и т.д.)

После наложения повязки необходимо провести иммобилизацию (обеспечение неподвижности поражённого участка тела). При ожогах верхней конечности иммобилизацию осуществляют, подвешивая руку на косынке. Для иммобилизации при обширных ожогах пострадавшего укладывают на носилки. В холодное время его тепло укутывают.

При задержке эвакуации из очага поражения, проводят мероприятия, направленные на восполнение жидкости, теряемой через ожоговую поверхность. Для этого пострадавшему дают обильно пить, солевые растворы.

*Эвакуация из очага поражения*, при наличии нескольких пострадавших с термической травмой, должна осуществляться в определённой очередности.

В первую очередь эвакуируются тяжело обожжённые и поражённые с нарушениями дыхания при ожоге верхних дыхательных путей.

Во вторую очередь эвакуируют пострадавших с обширными ожогами, не затрагивающими верхние дыхательные пути. Поражённых, находящихся в тяжёлом состоянии, транспортируют в положении лёжа на носилках.

В третью очередь эвакуируются пострадавшие с небольшими ожогами, они выходят из очага самостоятельно.

## ***ХИМИЧЕСКИЕ ОЖОГИ.***

Причина химических ожогов - воздействие на кожные покровы или слизистые оболочки концентрированных растворов кислот и щелочей, либо других химически активных соединений.

Воздействие на кожу некоторых кислот оставляет на ней рану или струп определенной окраски: при химических ожогах, нанесенной серной кислотой, струп темно-коричневого цвета; соляной кислотой - серовато-белый; азотной кислотой - светло-коричневый.

Концентрированные растворы кислот при воздействии на мягкие ткани вызывают некроз («омертвление» тканей), характеризующийся появлением плотного, сухого струпа. Растворы щелочей приводят к другой разновидности некроза, проявляющегося мягким, влажным струпом.

Иногда от раны может исходить запах химического соединения (сохранения запаха после обработки раны свидетельствует о некачественно проведенных первичных мероприятиях).

### **ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ.**

При ожогах, вызванных кислотами и щелочами, самым универсальным средством оказания первой помощи является длительное (до 1 часа) промывание обожженного участка тела проточной водой. Менее длительное промывание не гарантирует полного удаления вещества с поврежденной поверхности, так как часть молекул химического агента диффундирует во внутренние среды биологической клетки.

#### ***Внимание!!!***

*Исключением для такого способа удаления веществ являются ожоги, развившиеся после воздействия на кожу негашеной извести и органических соединений алюминия (диэтилалюминийгидрид, триэтилалюминий и др.), активность которых при контакте с водой возрастает.*

Если ожог связан с пропитыванием едким веществом одежды, ее необходимо быстрее сбросить и после этого приступить к удалению химического агента с кожных покровов пострадавшего. Применение химических антидотов на догоспитальном этапе запрещено, т.к. идет химическая реакция, которая может привести к более тяжелым последствиям. Необходима быстрая консультация с работниками бригады скорой помощи.

## ***Приступ судорог***

Чаще всего приступ судорог может возникнуть при **эпилепсии** - это длительно протекающее заболевание, характеризующееся специфическими изменениями личности и периодическими возникающими припадками, преимущественно судорожного характера.

Наиболее частым проявлением эпилепсии является **судорожный припадок**, при котором больной теряет сознание и падает (часто с криком) в состоянии тонических судорог (мышцы тела значительно напряжены, голова запрокинута назад, челюсти сжаты). Длительность этой фазы обычно 20-30 секунд. Затем наступают **клонические судороги** - крупная мускулатура начинает периодически сокращаться, больной

«бьется» в припадке, на его губах появляется пена, отмечаются непроизвольные мочеиспускание и дефекация (отхождение мочи и каловых масс).

Иногда эпилептический припадок не носит генерализованного судорожного характера и протекает менее заметно для окружающих. При таком припадке происходит временное выключение сознания с легкими непроизвольными движениями. Больные на это время прерывают совершаемые ими действия, а затем, при возвращении сознания, вновь продолжают их, причем воспоминания о припадке отсутствуют.

Во время припадка следует придерживать пациента, чтобы исключить травматизацию. Профилактику прикуса языка, как бытует мнение, проводить не нужно, т.к. во время приступа судорог, сокращаются мышцы лица и языка, что предотвращает его травматизацию. После припадка обычно наступает оглушение, переходящее в сон.

Людам, страдающим эпилепсией, запрещается работа, связанная с повышенной опасностью для жизни (вода, высота, вращающиеся механизмы и т.д.).

## ***«Острый живот»***

**«Острый живот»** - это собирательное клиническое понятие, которое объединяет многие острые хирургические заболевания и повреждения органов брюшной полости (острый аппендицит, прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки, острый холецистит, острая кишечная непроходимость, закрытые травмы брюшной полости и т. д.).

Несмотря на разнообразие причин, приводящих к развитию «острого живота», можно выделить общие признаки данного состояния. Это внезапно возникшие интенсивные боли, локализующиеся в тех или иных отделах живота (постоянные или схваткообразные), тошнота, рвота. Мышцы передней брюшной стенки становятся плотными, даже легкое прикосновение к ним (или надавливание с последующим отпуском) вызывает резкую болезненность. Часто наблюдаются задержка стула, прекращение отхождения газов, при отсутствии помощи, состояние может стать тяжелым, что проявится общим беспокойством, бледностью кожи, холодным липким потом, сердцебиением, заострением черт лица. Результат лечения во многом зависит от своевременно выполненной операции.

### **Внимание!**

При подозрении на «острый живот», запрещается прием жидкости и пищи, нельзя давать слабительные и обезболивающие средства, промывать желудок и ставить очистительные клизмы. Необходимо пациента срочно доставить в хирургический стационар.

## ***Некоторые инфекционные заболевания***

### **Диарея**

Выяснить причину диареи чаще всего очень не просто. Пищевое отравление, смена климата, инфекция, перегревание - все это может вызвать диарею, притом, что в большинстве случаев состояние человека улучшается уже спустя несколько часов,

максимум, через несколько дней. Если же диарея принимает упорный характер и общее состояние больного ухудшается, возможно, опасное обезвоживание организма. Чтобы предотвратить обезвоживание, разведите в литре воды пол чайной ложки соли и 8 чайных ложек сахара и давайте постоянно пить мелкими глотками (можно использовать лекарственные препараты типа люкосолана, энтеродеза и др.) В течение 6-8 часов назначают водно - чайную диету. Затем предложите больному диетические продукты (ничего жирного, острого, ни капли алкоголя, вначале избегайте также давать свежие фрукты). Супы и жидкие каши - идеальная для восстановительного периода пища, после чего можно переходить к вареным овощам и хорошо проваренному постному мясу. Во всех непонятных и длительно протекающих случаях диареи, необходимо обратиться к врачу.

Если выяснен инфекционный характер диареи, больного необходимо изолировать, соблюдать меры инфекционной безопасности (обработка посуды, предметов гигиены, применение дезинфицирующих средств).

### **Внимание!!!**

В коллективе необходимо проводить все карантинные мероприятия. Контактным, необходимо обратить внимание на личную гигиену.

## ***Сердечно-легочная реанимация***

*Сердечно-лёгочная реанимация- это комплекс мероприятий, направленных на восстановление или поддержание функций жизненно-важных органов и систем. Из этого определения вытекает, что показанием к началу реанимации является не только **клиническая смерть**, но и фазы умирания организма, непосредственно предшествующие развитию этого грозного состояния.*

**Терминальное состояние**— это такое состояние, когда отсутствует дыхание, и прекратилась сердечная деятельность или обе эти функции настолько угнетены, что практически не обеспечивают потребностей организма в кислороде.

Терминальное состояние может развиваться вследствие шока, инфаркта миокарда, массивной кровопотери, асфиксии (закупорка дыхательных путей), утопления, удушья, электротравмы.

В терминальном состоянии выделяют три фазы (стадии): 1) преагональное состояние, 2) агония, 3) клиническая смерть.

### **Преагональное состояние.**

Характеризуется нарушением функций ЦНС и резким нарушением гемодинамики:

- сознание пациента ещё сохранено, но оно спутано;
- артериальное давление снижается до 80мм рт ст.;
- пульс резко учащается и становится нитевидным;
- дыхание учащается и углубляется;
- кожные покровы бледнеют или становятся цианотичными;
- глазные рефлексы сохранены, зрачок узкий, реакция на свет ослаблена.

Длительность этой фазы от нескольких минут до нескольких суток.

## Агония.

Для агонии характерно:

- отсутствие сознания, но пациент может слышать;
  - резкая бледность кожных покровов с выраженным макроцианозом, мраморность;
  - пульс определяется только на крупных артериях (сонных), брадикардия;
  - дыхание редкое аритмичное, судорожное, по типу «заглатывания воздуха» (агональное дыхание);
  - зрачки расширены, реакция на свет резко снижена;
  - могут возникнуть судороги, непроизвольное мочеиспускание и дефекация.
- Длительность этой фазы от нескольких минут до нескольких часов.

## Клиническая смерть.

Это переходное состояние, которое ещё не является смертью, но уже и не может быть названо жизнью. Клиническая смерть начинается с момента остановки сердца и дыхания. Её признаки:

- дыхание отсутствует;
- сердечная деятельность отсутствует, А/Д на нуле;
- зрачки расширены, свет не реагируют;
- кожные покровы холодные, рефлексы отсутствуют.

Продолжительность этой фазы 3 - 6 минут.

В поздние сроки наступают необратимые изменения в тканях (например, денатурация белков) и клиническая смерть переходит в биологическую.

В терминальном состоянии все лечебные мероприятия должны быть направлены на поддержание угасающих жизненно важных функций организма. Наиболее чувствительна к гипоксии кора полушарий головного мозга, поэтому при терминальном состоянии она «выключается» в первую очередь и человек теряет сознание. Если гипоксия длится более 5 – 6 минут, восстановление функции коры головного мозга невозможно из-за денатурации белков клеток. Вслед за изменениями коры возникают изменения в подкорковых областях головного мозга, а затем в продолговатом мозге, где находятся дыхательный и сосудодвигательный центры, что приводит к необратимой смерти мозга. Таким образом, расстройства сердечной деятельности и дыхания в терминальном состоянии обусловлены нарушением функции, в первую очередь, головного мозга.

Пациента, находящегося преагональном или в агональном состоянии, следует изолировать, оградить ширмой или перевести в отделение реанимации. Кровать агонирующего пациента необходимо поместить так, чтобы к ней можно было подойти с обеих сторон. Около такого пациента устанавливают *индивидуальный сестринский пост*. Находясь на дежурстве на этом посту, медицинская сестра не должна отлучаться от пациента. В её обязанности входит наблюдение за дыханием, пульсом и величиной артериального давления, состоянием сознания. Кроме того, она обязана выполнять все назначения врача по уходу за пациентом, поэтому рядом должны быть все предметы по уходу за тяжелобольным. При резком нарушении жизненных функций медицинская

сестра должна немедленно вызвать врача. При наступлении клинической смерти начинают реанимационные мероприятия.

### **Признаки клинической смерти:**

1. **отсутствие дыхания;**
2. **отсутствие пульса;**
3. **зрачки широкие, на свет не реагируют (отсутствие рефлексов);**
4. **отсутствие сознания.**

### **Реанимация (сердечно-легочная реанимация) (СЛР)**

#### **Реанимация не показана:**

При возникновении признаков клинической смерти, следует начать сердечно-легочную реанимацию (СЛР), но в некоторых случаях реанимацию не проводят - это:

1. Если с момента наступления клинической смерти прошло более 30 минут.
2. Если больной или обстановка опасны для окружающих (например: обвалы, обрушения, пожар, землетрясение, угроза со стороны окружающих и т.д.) Возраст, национальность, вероисповедание не дают права отказа от реанимационного пособия.
3. Если иссякли жизненные силы больного .
4. Если в процессе реанимации выявлены противопоказания для ее проведения.
5. Выявлены признаки биологической смерти.

**Искусственная вентиляция лёгких.** Сущность ИВЛ состоит в искусственном введении в лёгкие пациента воздуха.

#### **Проведение ИВЛ способом «Изо рта в рот»**

1. Очистить носоглотку и полость рта (если требуется). Одновременно попросить кого-нибудь вызвать «скорую помощь».
2. Определить наличие дыхания: посмотреть, послушать, почувствовать щекой около 10 секунд и если дыхание отсутствует...
3. Положить пациента на твёрдую поверхность.
4. Максимально запрокинуть голову.
5. Встать на колени справа от пациента, слегка повернуть к себе его голову.
6. Положить на рот пациента защитное средство (маску, салфетку, носовой платок).
7. Сделать глубокий вдох, одновременно открыть рот пациента и сжать крылья носа, чтобы вдыхаемый воздух не выходил через нос.
8. Обхватить губы пациента своими губами и выдохнуть (вдуть) в него так, чтобы его грудная клетка поднялась на 3-4см.
9. Отпустить рот и нос для выдоха пациента.
10. Спасатель в это время делает глубокий вдох - выдох в пациента.
11. Повторять эти действия с частотой 1 дыхание 5сек, до появления самостоятельного дыхания у пациента.
12. После 1 минуты ИВЛ проверить пульс, убедиться, что пульс есть. Проверять пульс каждую минуту.

**Запомните! Прекратить ИВЛ можно если:**

- **пострадавший начал дышать самостоятельно;**

- у пострадавшего исчез пульс (нужно начинать сердечно-легочную реанимацию (СЛР) в полном объеме;
- другие спасатели пришли к вам на помощь;
- приехала «скорая помощь» и продолжает СЛР;
- вы исчерпали свои силы.



### Проведение ИВЛ способом «Изо рта в нос»

1. Очистить носоглотку и полость рта (если это требуется), одновременно попросить кого-нибудь вызвать скорую помощь.
2. Определить наличие дыхания у пострадавшего: посмотреть, послушать,

почувствовать щекой около 10 секунд и если дыхание отсутствует...

3. Положить пациента на твёрдую поверхность.
4. Максимально запрокинуть голову, для этого под плечи пациента подложить валик (можно найти любое подручное средство).
5. Встать на колени справа от пациента, слегка повернуть к себе его голову.
6. Положить на нос пациента носовой платок.
7. Сделать глубокий вдох, одновременно закрыть рот пациента.
8. Обхватить губами нос пациента и выдохнуть (вдуть) в него так, чтобы его грудная клетка поднялась на 3-4см.
9. Отпустить рот и нос для выдоха пациента.
10. Спасатель в это время делает глубокий вдох - выдох в пациента.
11. Повторять эти действия с частотой 1 дыхание 5сек, до появления самостоятельного дыхания у пациента. Каждое дыхание длится 1 секунду.
12. После 2 минут ИВЛ проверить пульс, убедиться, что пульс есть. Проверять пульс каждые 2 минуты.

#### **Запомните!**

*Для предупреждения попадания воздуха в желудок следует правильно запрокинуть голову пострадавшего назад и приподнять подбородок.*

*Медленный вдох в пострадавшего обеспечит подъём грудной клетки.*

*Дыхание не должно быть быстрым.*

*Каждое дыхание длится 1 секунду.*

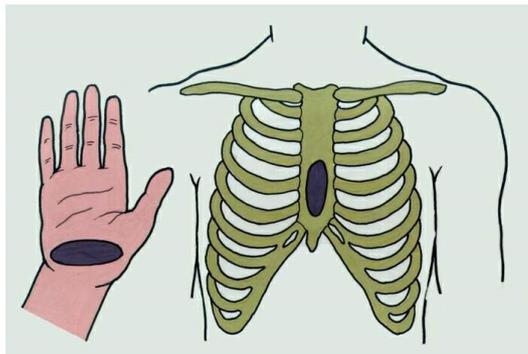
*Паузы между дыханиями достаточно длинные, чтобы лёгкие пострадавшего опустели, (воздух выходит через его рот и нос).*

**Непрямой массаж сердца.** Смысл наружного массажа сердца состоит в том, что при сдавливании сердца между позвоночником и грудиной кровь из его полостей



изгоняется в аорту и поступает в сонные артерии, а затем через легочную артерию в лёгкие, где обогащается кислородом.

После того как давление на сердце прекращается, кровь вновь заполняет сердце, Таким образом, спасатель искусственно производит движение крови по сосудам.



### Проведение непрямого массажа сердца

1. Очистить носоглотку и полость рта, одновременно попросить кого-нибудь вызвать «скорую помощь».

2. Определить наличие пульса:

найти щитовидный хрящ («адамово яблоко»);

- положить 2 и 3 пальцы сбоку от этого хряща на шею пациента (с вашей стороны);
- пальпировать пульс 5-10 секунд.

#### Если пульс есть:

- проверить, нет ли признаков кровотечения;
- проверить, наличие дыхания;
- при отсутствии дыхания проводить ИВЛ.

#### Если пульса нет:

- проверить, нет ли признаков кровотечения;
  - начать сердечно-легочную реанимацию.
1. Положить пациента на твёрдую поверхность.
  2. Максимально запрокинуть голову пациента.
  3. Встать на колени слева от пациента или над животом пациента.
  4. Найти место на груди пациента, где следует делать массаж (2-3 пальца выше мечевидного отростка).
  5. Положить на выбранное место свои кисти рук крест на крест, левая снизу, правая сверху.
  6. Надавливать на грудину так, чтобы грудина вогнулась на 5-6см со скоростью 100-120 раз в минуту.
  7. Повторять эти действия до появления самостоятельной пульсации (за появлением пульсации наблюдать на сонной артерии).
  8. Проверять пульс каждые 2 минуты.



**Независимо, от того, сколько человек участвуют в проведении сердечно-легочной реанимации, порядок ее проведения не меняется ( 30 компрессий 2 вдоха, если есть средства защиты дыхательных путей).**

*Запомните! Чем быстрее начнётся СЛР, тем вероятнее успех!*

*При появлении самостоятельного дыхания у пациента*

*ИВЛ прекратить!*

*При появлении у пациента самостоятельной сердечной деятельности массаж сердца прекратить!*

**Внимание!**

**Если у вас нет средств защиты дыхательных путей или вы брезгуете, можно проводить только непрямой массаж сердца с частотой примерно 100-120 компрессий на грудную клетку в 1 минуту. Это связано с тем, что кровь взрослого человека содержит некоторое количество кислорода и питательных веществ.**

Если через 30 – минут от начала реанимации сердечная деятельность не восстановилась, зрачки остаются широкими, без реакции на свет, можно считать реанимацию безуспешной и следует её прекратить, так как наступила гибель головного мозга.

Внимание! У новорожденных реанимация продолжается 10 минут.

### **Признаки биологической смерти:**

- 1. появление трупных пятен;**
- 2. снижение температуры тела до температуры окружающей среды;**
- 3. помутнение роговицы и размягчение глазного яблока;**
- 4. трупное окоченение.**

### ***Констатация смерти и обращение с трупом.***

Констатация биологической смерти производится врачами отделений стационара (если больной скончался в больнице), поликлиник и скорой медицинской помощи (в тех случаях, когда пациент умер дома), а также судебно-медицинскими экспертами (при осмотре трупа на месте обнаружения) по совокупности ряда признаков: прекращению дыхания и сердечной деятельности, максимальному расширению зрачков с утратой их реакции на свет, появлению трупных пятен, трупного окоченения, снижению температуры кожи.

Если больной умер в стационаре, то факт его смерти и точное время ее наступления записывает врач в истории болезни. Труп раздевают, укладывают на спину с разогнутыми коленями, опускают веки, подвязывают нижнюю челюсть, накрывают простыней и оставляют в отделении на 2 ч (до появления трупных пятен). После этого сестра записывает чернилами на бедре умершего его фамилию и инициалы, номер истории болезни.

Труп перевозят в патологоанатомическое отделение для вскрытия. В сопроводительной записке указывают фамилию, имя и отчество умершего, отделение,

номер истории болезни, дату смерти и диагноз. Вещи и ценности передают родственникам умершего под расписку.

Сейчас вскрытие разрешается проводить в любые сроки после установления врачами лечебных учреждений факта наступления биологической смерти.

Если смерть наступила дома, положено вызвать полицию или обратиться в районную поликлинику к дежурному врачу.

Когда неизлечимо больной человек, медленно угасая, приближается к кончине, кем бы он ни был, ближние уже смирились с неизбежностью его ухода. Почти всегда. Даже если уходящий - праведник. В случае умирания неисправимого грешника, уже простив ему все прежние пакости, спутники его жизни желают, обычно не проговаривая вслух, скорейшей развязки. Вздыхают, если смерть медлит (Ипполит это правильно чувствовал, но не верно реагировал - злился). Уходя, надо постараться уйти спокойно, понимая, что источник жизни пересох в нас, в мире жизнь «бьет ключом», люди желают жить и быть счастливыми. Без нас. Нас в их планах на будущее уже нет. Надо не только простить им их счастье, но и благословить их быть счастливыми (желать всем сердцем). Пусть это произойдет не вопреки воле уходящего в иной мир, потому что все равно произойдет. Когда умирающий боится, что «они не перенесут моей смерти», почему его не пытаются разубедить? Ведь это несложно сделать. Потому что он не желает с иным смириться. Посетители предчувствуют, что чем более убедительно будут доказывать обратное, тем меньше его утешат. Тягостно навещать больного, до последних минут пребывающего в плену эгоизма.

### **Социальные аспекты жизни больного**

Когда мы просим благословения у Бога через священника, что это означает, чего мы просим? Это означает, что задуманное дело мы не собираемся воплощать вопреки воле Божией о нас, не пытаемся устроить все тайком от Него, напротив, мы просим Его контроля на всех этапах реализации задуманного, Его непосредственного участия и помощи. Через испрошенное нами благословение Бог входит в нашу жизнь, не нарушая нашей свободы, участвует в ней. Благословение священника связывает воедино нас и Бога по данной Самим же Богом священству власти «вязать и решить»: «Истинно говорю вам: что вы свяжете на земле, то будет связано на небе; и что разрешите на земле, то будет разрешено на небе». Мф. 18:18. Успех задуманного - не самое главное, хотя если Бог взялся нам помочь, шансы на благополучное завершение значительно повышаются. Но иногда, для нашей же пользы, Бог препятствует осуществлению наших планов. Но что бы ни произошло впоследствии, главное, чтобы Бог был с нами. В этом цель получения благословения.

Благословивший участвует в жизни благословленного им, даже если он не Господь Бог. Возможное и задуманное Творцом единение людей друг с другом гораздо глубже, чем принято считать. Любовь и благословение это единение созидают, ненависть и проклятие рвут. Даже смерть не в силах разорвать нить, связующую возлюбленных. С другой стороны, Сам Бог не в силах помочь тому, кто порвал со всеми. Почему нет церковного поминовения умерших во вражде к Богу? Почему не допускаются до участия в Таинствах люди, оправдывающие свою ненависть к другим? Не потому, что Бог и церковная паства не желают им добра, а потому что они все равно не имеют возможности принять помощь, оторвав себя ото всех. Им невозможно

помочь. Их выбор ужасен своей безысходностью. И если прежде кончины остается надежда переменить ситуацию, то после кончины – нет (после смерти нет покаяния). Напротив, ушедший в загробное царство в мире и покаянии, продолжает жить в возлюбленных им. Именно поэтому, когда живые подают за него милостыню и творят добрые дела, умерший сам таинственным образом участвует в этих делах и получает великую пользу.

Все сказанное известно верующим. Только надо найти возможность подсказать, помочь безнадежно больному благословить жизнь, благословить счастье оставляемых им. Для него самого это стократ важнее, чем для остающихся. Они как-нибудь устроят свою жизнь и без его благословения, а вот каково ему будет там, если он замкнется в себе? В «Братьях Карамазовых» Достоевский описывает благословенную кончину молодого человека. Старец Зосима в последний день жизни рассказывает ученикам о смерти своего старшего родного брата Маркела. У Маркела та же самая болезнь, что и у Ипполита – чахотка, и тот же самый возраст – семнадцать лет. После разговоров со ссыльным вольнодумцем Маркел потерял веру. В безверии, в озлоблении проходит первый период скоротечной болезни. Впоследствии вера возвращается, к тому времени больной уже не встает с постели. «Так и запомню его: сидит тихий, кроткий, улыбается, сам больной, а лик веселый, радостный. Изменился он весь душевно — такая дивная началась в нем вдруг перемена!» Далее старец вспоминает слова Маркела матери: ««Мама, не плачь, жизнь есть рай, и все мы в раю, да не хотим знать того, а если бы захотели узнать, завтра же и стал бы на всем свете рай». И дивились все словам его, так он это странно и так решительно говорил; умилялись и плакали. «Матушка, кровинушка ты моя, говорит, моя милая, радостная, знай, что воистину всякий пред всеми за всех и за всё виноват. Не знаю я, как истолковать тебе это, но чувствую, что это так до мучения». Так он вставал со сна, каждый день всё больше и больше умиляясь и радуясь, и весь трепеща любовью». Вспоминает Зосима и данное ему старшим братом благословение: «Час был вечерний, ясный, солнце закатывалось и всю комнату осветило косым лучом. Поманил он меня, увидав, подошел я к нему, взял он меня обеими руками за плечи, глядит мне в лицо умиленно, любовно; ничего не сказал, только поглядел так с минуту: «Ну, говорит, ступай теперь, играй, живи за меня!» Вышел я тогда и пошел играть. А в жизни потом много раз припоминал уже со слезами, как он велел мне жить за себя. Скончался же на третьей недели после Пасхи, в памяти, и хотя, и говорить уже перестал, но не изменился до самого последнего своего часа: смотрит радостно, в очах веселье, взглядами нас ищет, улыбается нам, нас зовет. Даже в городе много говорили о его кончине».

### ***Заключение.***

В заключение о тех, кто выбрал для себя служение безнадежно больным. Уже говорилось, что одним образом дело может представляться тем, кто смотрит на него со стороны, а совсем иначе это воспринимается «изнутри», теми, кто сам в нем участвует. Со стороны уход за безнадежно больными, часть из которых родными забыты и оставлены, оценивается как самоотверженный подвиг и великое служение. Когда попадаешь «внутри» ситуации, оценка меняется. При постоянном общении с людьми страдающими, находящимися на границе жизни, бросающими на пройденный

жизненный путь прощальный взгляд, сдающими свой последний экзамен и готовящимися к главной встрече, с какого-то момента начинаешь понимать, что более всех ты сам благодетельствован, допущен в святилище. Сострадая этим людям, сближаясь с ними сердцем, в конце концов, получаешь возможность взглянуть на мир их глазами. Возможность посмотреть на мир глазами уходящих стоит очень дорого. Те, кто выбрал для себя служение умирающим, нашли в своей жизни главную жемчужину.

Наши добровольные помощники-сестры милосердия работают сегодня в самых ответственных и тяжелых отделениях, хосписах, ухаживают за инвалидами и умирающими, оказывают помощь по уходу за брошенными детьми в приютах. Это тяжелая и ответственная работа, а потому сестра милосердия должна трезво оценить свои физические, душевные способности и желание помогать людям.

***Желаем Вам успеха в постижении одной из самых величайших и, без сомнения, самой гуманной из всех наук – милосердия, бесценный опыт которой накапливался и пополнялся с первых шагов человеческой цивилизации!***

#### ***Отзыв о книге:***

Мир современного человека многолик и разнообразен. Мы занимаемся спортом, увлекаемся творческой деятельностью, много путешествуем и узнаем культуру людей разных стран. Мир теряет границы.

Но никогда не потеряет актуальность отношений между людьми. Те самые незыблемые сокровища человеческой души: сострадание, желание прийти на помощь хочется видеть в окружающих нас людях. Но если мы хотим видеть это в других, то начнем, конечно же, с себя и совершенно практически.

Именно поэтому мы обратились к книге «В помощь сестре милосердия». Здесь очень подробно, доступно даны профессиональные рекомендации, методы помощи в экстренных ситуациях, в уходе за больными людьми. Они сформулированы четко, доступно для каждого из нас.

Но самым важным моментом в книге мы видим неотъемлемость движущей духовной силы и практической помощи. Архимандрит Иоанн Крестьянкин сказал такие слова: Пусть каждый человек, которого посылает сегодня тебе Господь на жизненном пути, станет самым важным и самым близким для тебя. Согрей его душу теплом своей любви – это и есть жатва, приносящая плод в вечность.

Эти слова можно было бы взять эпиграфом к данной книге. Их на деле исполняет автор книги, врач, удивительный человек Раиса Николаевна Чуприна. С глубокой признательностью Анна Ширшова (сестра милосердия) выпуск 2018года.

## ***Перечень рекомендуемых учебных изданий, интернет-ресурсов, дополнительной литературы.***

### ***Основные источники:***

1. Гайворовский И.В., Ничипорук Г.Н., Гайворовский А.И. Анатомия и физиология человека.- М.: ОИЦ «Академия», 2009.
2. Глыбочко П.В. Первая медицинская помощь.- М.: ОИЦ «Академия», 2010
3. Киршин Н.М. Безопасность жизнедеятельности и медицина катастроф / Под ред. Киршина Н.М.- М.: ОИЦ «Академия», 2011.
4. Двойник С.И., Основы сестринского дела. / Под ред. Двойникова С.И./.- М.: ОИЦ «Академия», 2009.
5. Удалова М.М., Сестры милосердия, лекарство от вымирания/-С.П. СпецЛит 2013.
6. Филимонов С., Учебник для сестер милосердия и пастырей, несущих служение в больнице/С.П.2000г.
7. Хмелевская А.Б. Требные сестры в больнице: помощь священнику и больным.- М, - 2013г.
8. Иеромонах Амвросий (Тимрот), перевод на русский, - Святое таинство. Полное последование ко Святому Причащению.- М, АНО «Развитие духовности, культуры и науки»/ М.2004г.
9. Епископ Пантелеимон (Шатов). Больничный священник, серия «Азбука милосердия»/ М,-2019г.

### ***Дополнительные источники***

1. Швырев А.А. Анатомия и физиология человека с основами общей патологии.- Ростов на Дону: «Феникс», 2004.
3. Богоявленский И.Ф. Оказание первой реанимационной помощи на месте происшествия и в очагах чрезвычайных ситуаций.- С-Пб.: «ОАО Медиус», 2010.
4. Бубнов В.Г., Бубнова Н.В. Основы медицинских знаний.- М.: «АСТ АСТЕЛЬ», 2005.
5. Сборник задач и тестов для студентов медколледжей.- Ростов на Дону: «Феникс», 2003.
6. Обуховец Т.П, Чернова О.В. Основы сестринского дела.- Ростов на Дону: «Феникс», 2011.
8. Авт.: игумен Мефодий (Кондратьев), настоятель храма Свято-Георгиевского прихода, Кинешемский район Ивановской области.
9. Егорова О.Ю. Организация служб паллиативной помощи. М.: РИЦ «АртПодготовка», 2007. – 136 с.
10. Ерусланова Р.И. Технологии социального обслуживания лиц пожилого возраста и инвалидов на дому: Учебное пособие / Р.И. Ерусланова. – 4-е изд. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и Ко», 2010. – С.104.

11. Хисматуллина З.Н. Паллиативная помощь инкурабельным больным в рамках социально-медицинской работы в онкологии // Современные проблемы науки и образования. – 2007. – № 4 – С. 42.
12. Солодухина Д. П., Черных Л. Л. Роль родственников в уходе за хроническими больными // Социологические исследования – 2010 - №7 – С. 83.
13. Технологии социальной работы в различных сферах жизнедеятельности: Учеб. пособие/ Под ред. Проф. П.Д. Павленка. – М.: ИНФРА-М, 2011. – С. 96.
14. Мартыненко А.В. Медико-социальная работа. // Современная энциклопедия социальной работы / Под ред. академика РАН В.И.Жукова. – 2-е изд., доп. и перераб. – М.: Издательство РГСУ, 2008.– С. 243.
15. О хосписах. Материалы для родственников. – М.: РИПОЛ классик, 2010. – С. 74.
16. Худошин А. Мои беседы с православными врачами// М; Благовест 2004г. - С.311.
17. <http://www.klyaksa.net/> и <http://www.rusedu.ru/>
18. <http://www.metod-kopilka.ru/>

Авторы: И.А. Дудаков - врач, протоиерей Свято - Георгиевского прихода.

В.О. Моргачев - иерей, кандидат философских наук. Доцент кафедры Православной культуры и теологии ДГТУ.

Р.Н. Чуприна- преподаватель НМП, ГБОУДПОРО «ЦК», главный врач сестричества Свято - Георгиевского прихода, Ростовской на Дону Епархии.





Р. Н. Чуприна, И. А. Дудаков  
В. О. Моргачев

---

# В ПОМОЩЬ СЕСТРЕ МИЛОСЕРДИЯ

---

учебно-методическое пособие  
(для сестер, исполняющих послушание  
при храмах и больницах)



Ростов на Дону 2020г.

И. А.Дудаков, В.О.Моргачев, Р.Н.Чуприна,  
Ч93. В помощь сестре милосердия: Учебно-методическое пособие для  
православных сестер исполняющих послушание при храмах, госпиталях и  
больницах - Ростов-на-Дону 2020, -144с.

ISBN 978-5-98615-115-1

Рецензенты: Доктор философских наук, кандидат богословия, заведующий  
кафедрой православной культуры и теологии Донского государственного  
технического университета протоиерей В.А.Тер-Аракельянц

Доктор медицинских наук, заведующий кафедрой неотложной медицинской  
помощи ФУВ Ростовского медицинского университета А.В. Тараканов.

Кандидат медицинских наук, доцент кафедры пропедевтики детских болезней  
РГМУ Лутовина О.В.

В настоящем учебно-методическом пособии «В помощь сестре милосердия » изложены материалы необходимые для изучения сестрам милосердия несущим послушания при храмах, госпиталях и больницах.

В пособии даны материалы по уходу за больными, правила соблюдения санэпид режима, методики выполнения простейших физиотерапевтических процедур в домашних условиях, вопросы неотложной помощи.

В простой, доступной форме изложены духовные аспекты ухода за больными .

Данное учебно-методическое пособие может быть использовано при подготовке сестер милосердия преподавателями, для самостоятельного изучения сестрами милосердия, а так же для широкого круга населения, интересующимися вопросами ухода за больными и неотложной помощи при различных экстремальных ситуациях.

Благодарим всех авторов, материалы которых были использованы при подготовке данного пособия.

Книга посвящается всем сестрам милосердия, несущих послушание, под руководством духовного наставнику сестричества протоиерея В.А. Тер-Аракельянца и главной сестры православного сестричества Н.Л. Левит Свято-Георгиевского прихода г. Ростова-на-Дону