

Протоиерей Сергей Филимонов,
И.Н. Баландина,
К.И. Николаева

**ПРАКТИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ
ПО УХОДУ
И ПОМОЩИ РАНЕНЫМ
ДЛЯ СЕСТЕР МИЛОСЕРДИЯ
И ДОБРОВОЛЬЦЕВ**

Санкт-Петербург
2024

УДК [616-001.4-083] : 614.25+316.354.4 (075.5)

ББК 54.58 +53.5я7

Ф53

Под редакцией профессора И.П. Миннуллина

Ф53 Протоиерей Сергей Филимонов, И.Н. Баландина, К.И. Николаева

Практическое пособие по уходу и помощи раненым для сестер милосердия и добровольцев; под ред. И.П. Миннуллина. — СПб.: Сестричество св. мц. Татианы, 2024. — 100 с.

Данное пособие состоит из двух частей. Первая — пастырские рекомендации сестрам милосердия по поводу духовного окормления раненых, совершения Таинств Церкви, профилактики боевого посттравматического синдрома и правильного поведения в госпитале с учетом наиболее распространенных ошибок при уходе за ранеными и взаимодействии со штатным медперсоналом. Материал изложен в лекционном виде для удобства восприятия и возможности проведения занятий на рассматриваемые темы. Вторая часть — медицинская, она основана на учебной программе «Младшая медицинская сестра по уходу».

Учебное пособие предназначено для сестер милосердия, добровольцев и иных лиц, ухаживающих за ранеными и больными и нуждающихся в специальных знаниях и навыках.

© Филимонов С.В., 2024

© Сестричество св. мц. Татианы, приход
Державной иконы Божией Матери
на пр. Культуры (Санкт-Петербург), 2024

Предисловие

Данное учебное пособие составлено на основании опыта служения сестер милосердия и добровольцев сестричества святой мученицы Татианы Санкт-Петербургской митрополии в госпиталях для раненых в ходе специальной военной операции 2022–2024 гг.

Пособие состоит из нескольких частей. Первая — пастырские рекомендации сестрам милосердия по духовному окормлению раненых, совершению Таинств Церкви, профилактике боевого посттравматического синдрома и правильному поведению в госпитале с учетом наиболее распространенных ошибок как при уходе за ранеными, так и при взаимодействии со штатным медперсоналом. Материал изложен в лекционном виде для удобства восприятия и возможности проведения занятий на рассматриваемые темы.

Вторая часть — медицинская. Она предназначена для всех добровольцев и основана на учебной программе «Младшая медицинская сестра по уходу», представленной в сжатом виде. В ней приведены сведения, необходимые для служения в клиниках и подшефных госпиталях с учетом специфики военной операции и соответствующих наиболее частых повреждений: минно-взрывной травмы, термических поражений, контузионного синдрома и пр. Даны рекомендации по правильному уходу за лицами с ампутированными конечностями, использующими костыли, инвалидные коляски, готовящимися к протезированию, утратившими зрение, с вестибулярными и слуховыми нарушениями. Рассказывается о нормативных правилах уборки помещений и противоэпидемической безопасности.

Пособие предназначено для лиц, непосредственно работающих с ранеными.

*Протоиерей Сергей Филимонов,
духовник сестричества св. мц. Татианы,
профессор ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова,
доктор медицинских наук*

Содержание

Предисловие	3
-------------------	---

Часть 1. РАНЕННЫЕ: ОСОБЕННОСТИ ДУХОВНОЙ ПОМОЩИ, РЕАБИЛИТАЦИИ, ВОЦЕРКОВЛЕНИЯ И УХОДА	8
--	----------

О молитве и Таинствах	8
------------------------------------	----------

1. Молитва до, во время и после служения в больнице	8
2. Никакого насилия!	10
3. Просьба к священнику о молитве	11
4. Крещение страха ради смертного	11
5. О крестном имени	13
6. Если крещенный вами человек выжил	13
7. Таинства в бессознательном состоянии	15
8. Таинство Исповеди	16
9. Таинство Соборования	16
10. Венчание	16
11. Отпевание	17

Правила поведения на отделении и ошибки добровольцев	17
---	-----------

1. Субординация	17
2. Послушание	18
3. Краткие молитвы, преимущественно про себя	20
4. Конфиденциальность	21
5. Смирение	21
6. Медицинская одежда	24
7. Соблюдение режима в реанимации	25
8. Преемственность смен и отношения на дежурстве	26
9. Соблюдение эпидемиологических требований	27
10. Деликатность и сдержанность	27
11. Гигиенические процедуры	30
12. Контакты с волонтерскими организациями	31
13. Общение с родственниками бойцов	32
14. Помощь в буфете	33

Профилактика посттравматического синдрома	34
1. Деадаптация ветерана	34
2. Чувство вины.....	36
3. О неопределенности будущего и Промысле Божиим.....	36
4. Добродетель надежды	38
5. Благодарность за подвиг	38
6. О письмах раненым	40
7. О внимании	40
8. Потребность в повышении социального статуса.....	41
9. О гипнозе, НЛП и медитации	42
Слова утешения для раненых бойцов.	
Примеры терпения и доблести	43
1. Герои России времен Великой Отечественной войны	43
2. Герои СВО	48
Добродетель надежды в паллиативном сестринском служении	52
1. Определение надежды.....	52
2. Надежда в богословии.....	54
3. Надежда и ложная надежда в контексте страданий.....	55
О нейрохирургической специфике	57
1. Патологии головного мозга.....	57
2. Поражение спинного мозга	58
3. Осколочные ранения рук и ног.....	58
Особенности обращения с ранеными при контузионном синдроме	59
Особенности общения с человеком с нарушением зрения	62
1. Этические советы.....	62
2. Техника сопровождения незрячего человека	63
3. Как предложить помощь	66
Особенности общения с человеком, имеющим трудности при передвижении	66

Этика общения с людьми с ограниченными возможностями	67
1. Правила общения.....	67
2. Допустимые и недопустимые формы обращения	68
Часть 2. МЕДИЦИНСКИЕ И ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СЛУЖЕНИЯ РАНеныМ В ГОСПИТАЛЕ	70
Профилактика пролежней	70
1. Стадии пролежней.....	70
2. Профилактические мероприятия	70
3. Средства ухода за пролежнями	71
4. Негативные технологии для профилактики и лечения пролежней	74
Уход за протезом	75
Уход за пациентом с аппаратом внешней фиксации (аппаратом Илизарова)	76
Основы инфекционной безопасности. Алгоритмы действий	79
1. Алгоритм гигиенической обработки рук кожным антисептиком	79
2. Алгоритм мытья рук с мылом и водой	81
3. Использование перчаток.....	82
4. Мероприятия, снижающие вероятность развития дерматита	84
5. Алгоритмы действий при загрязнении кожи кровью	84
Правила для парикмахеров при стрижке раненых	86
Уборка в помещениях клиник и клинических подразделений	86
1. Сокращения и обозначения.....	86
2. Термины и определения	87
3. Порядок проведения текущей уборки	87
4. Подготовка к проведению текущей уборки	88

5. Техника проведения текущей уборки в помещениях и палатах	88
6. Техника проведения текущей уборки в туалетных и душевых помещениях	90
7. Меры предосторожности при работе с дезинфицирующими средствами.....	91
8. Требования к средствам для проведения уборки.....	91
9. Требование к инвентарю и оборудованию для уборки	92
10. Обработка уборочного инвентаря и материала:.....	93
11. Хранение уборочного инвентаря	95
12. Ошибки при проведении уборки	95
13. Классы чистоты помещений	95
14. Классификация медицинских отходов	96
Литература	99

Часть 1. РАНЕННЫЕ: ОСОБЕННОСТИ ДУХОВНОЙ ПОМОЩИ, РЕАБИЛИТАЦИИ, ВОЦЕРКОВЛЕНИЯ И УХОДА

О молитве и Таинствах

1. Молитва до, во время и после служения в больнице

Приступая к своему служению, необходимо в первую очередь сосредоточиться на духовной помощи раненым. Помните: вы не просто добровольцы, которые помогают телесно. Вы те, кто должны духовно помочь воинам в госпитале.

Разумеется, ваше дежурство должно начинаться с молитвы. Молитва жизненно необходима, когда вы идете на отделение. Как люди верующие вы сами это понимаете.

Первое, что вы должны сделать, как только пришли в клинику и переоделись, — это обратиться к Богу, прочитать краткие молитвы. Долгих молитвословий не нужно. Краткая, буквально минутная молитва настроит вас на служение и расположит к вам сердца персонала и раненых.

Во имя Отца, и Сына, и Святаго Духа. Аминь.

Господи Иисусе Христе, Сыне Божий, моли нас ради Пречистой Твоей Матери, преподобных и богоносных отцов наших и всех святых, помилуй нас. Аминь.

Слава Тебе, Боже наш, слава Тебе.

Царю Небесный, Утешителю, Душе истины, Иже везде сый и вся исполняй, Сокровище благих и жизни Подателю, прииди и вселися в ны, и очисти ны от всякия скверны, и спаси, Блаже, души наша.

Святой Боже, Святой Крепкий, Святой Безсмертный, помилуй нас (трижды). Слава Отцу и Сыну и Святому Духу, и ныне и присно и во веки веков. Аминь.

Пресвятая Троице, помилуй нас; Господи, очисти грехи наша; Владыко, прости беззакония наша; Святой, посети и исцели немощи наша, имене Твоего ради. Господи помилуй (трижды).

Слава, и ныне: Отче наш, Иже еси на небесех! Да святится имя Твое, да придет Царствие Твое, да будет воля Твоя, яко на небеси и на земли.

Хлеб наш насущный даждь нам днесь; и остави нам долги наша, якоже и мы оставляем должником нашим; и не введи нас во искушение, но избави нас от лукаваго.

Спаси, Господи, всех лечащих и лечащихся в больнице сей, врачам и медперсоналу даруй мудрость, милосердие, терпение, болящим здравие и покаяние, нас в милосердном служении благослови и укрепи.

Пресвятая Богородице, помогай нам.

Великомучениче и целебниче Пантелеимоне, святителю отче Луко, мученице Татиано, молитесь Бога о нас.

Во время дежурства, конечно, тоже нужно молиться Богу, читать Иисусову молитву. У кого нет опыта Иисусовой молитвы, тот пусть молится краткими молитвами. И, конечно же, когда вы подходите раненому, непосредственно за него — за каждого — нужно помолиться: «Господи, благослови; Господи, помилуй».

Если кто-то умер, то помолитесь за умершего. Когда боец умирает и вас вдруг допустили к нему, то молитва на отход души очень простая: «Упокой, Господи, душу усопшего раба Твоего с миром».

Заканчивая послушание, так же кратко помолитесь за отделение, за больных, за персонал и врачей. Поблагодарите Бога за то, что доверил вам послужить Ему в этом благородном деле.

Владыко, Вседержителю, Святей Царю, наказуй и не умерщвляй, утверждая низпадающих и возводя низверженных, телесных человеков скорби исправляй, молимся Тебе, Боже наш, раба Твоего (имя) немощствующа посети милостию Твоею, прости ему всякое согрешение вольное и невольное. Ей, Господи, врачевную Твою силу с Небес низпусти, прикоснися телеси, угаси огневицу, укроти страсть и всякую немощь таящуюся, буди Врач раба Твоего (имя), воздвигни его от одра болезненного и от ложа озлобления цела и всесовершенна, даруй его Церкви Твоей благоугождающа и творяща волю Твою. Твое бо есть, еже милovati и спасати ны, Боже наш, и Тебе славу возсылаем, Отцу и Сыну и Святому Духу, ныне и присно и во веки веков. Аминь.

Достойно есть яко воистину блажити Тя, Богородицу, Присноблаженную и Пренепорочную и Матерь Бога нашего. Честнейшую Херувим и славнейшую без сравнения Серафим, без истления Бога Слова рождшую, сущую Богородицу Тя величаем.

Здесь специально даны короткие молитвы, чтобы их можно было выучить наизусть.

2. Никакого насилия!

На отделении есть бойцы верующие, а есть неверующие, которые не пожелают принять вашу помощь. С вашей стороны не должно быть никакого насилия — палкой загнать человека в Царствие Небесное невозможно. Ваша настойчивость лишь вызовет отторжение и совершенно ничего хорошего не даст.

Прежде чем предложить религиозную помощь, нужно задать контрольные вопросы. У нас есть сестра, которой поручено непосредственно обходить палаты. Во время обхода она узнает, кто конкретно хочет поговорить со священником, кто нуждается в Таинствах Причастия, Исповеди и т.д. Примерно 30% бойцов изъявляют желание участвовать в Таинствах, из них половина — впервые, они никогда в жизни не исповедовались и не причащались. Таковым требуется помощь в подготовке. Для того чтобы их подготовить, у главной сестры в библиотечке лежат наши брошюры о первой исповеди и первом причастии в больнице. Сестра выдает эти книги, бойцы их читают, и тогда следующие заступающие на смену сестры могут уже содержательно побеседовать с ними.

Хочу предупредить, что встречаются, и нередко, верующие родственники — чаще жены и мамы, — которые хотят заставить своих близких непременно пройти через Таинства. Подчеркиваю: заставить. Этого допускать нельзя. Поэтому, когда вас подзывают, то первый вопрос, который вы должны задать, подойдя: «Вы человек верующий?» Часто оказывается, что нет, неверующий. У нас уже был такой случай. Мама очень хотела, чтобы раненый сын причастился, а сестра этот момент упустила, и когда священник подошел к раненому для причащения, тот признался, что не верит в Бога. Пришлось отказать ему в Таинстве, но потом он сам изъявил желание, чтобы сестры ему почитали Евангелие и поговорили с ним. «Я хочу знать о грехах», — сказал этот боец.

Боевая травма нередко становится причиной того, что человек обращается к Богу. Но насилия не должно быть ни в коем случае. Заставлять и уговаривать нельзя. Можно просто предложить.

Сестрам можно помазывать каждого бойца святым елеем. Можно раздавать желающим крестики. Можно предлагать духовную литературу. Мы специально организовали в госпитале библиотечку с православными книгами, которые могут почитать бойцы.

3. Просьба к священнику о молитве

У нас есть специальная сестра, которая ведет синодик раненых бойцов и молится по нему. И вы очень хорошо делаете, что тоже составляете свои синодики и молитесь за раненых. Из какого бы храма вы ни были, в свое дежурство просите молитв своих духовников, своих священников о тяжелых бойцах. Это непременно нужно делать. Это как раз и будет настоящей молитвенной поддержкой. Священник может и частичку вынуть, и сугубо помолиться за человека.

Так что от вас, дежурящих на отделении, требуется актуальная информация.

4. Крещение страха ради смертного

(https://dommil.com/knigi_)

Таинства совершает священник, но есть и то, что может сделать сестра милосердия. Например, некрещеного человека вы имеете право крестить страха ради смертного. Это разрешено каждому христианину. И сестра милосердия обязана знать, как это делать. Подчеркиваю — обязана.

Что нужно, чтобы окрестить человека страха ради смертного? Первое — знать формулу Крещения: «Крещается раб Божий такой-то во имя Отца. Аминь. И Сына. Аминь. И Святаго Духа. Аминь». Нарушение этой формулы Крещения недопустимо, Таинство Крещения при этом не состоится.

Крещается раб Божий (*имя*) во имя Отца. Аминь.
И Сына. Аминь. И Святаго Духа. Аминь.

При произнесении каждой части формулы совершается возлияние воды на человека. «Крещается раб Божий такой-то» — первое возлияние, потом второе и третье при произнесении каждой части формулы Крещения. Правильная формула — залог действительности факта Крещения.

Какой водой можно пользоваться? Любой. Хоть из озера, хоть из реки, из лужи, с крыши, из графина, но главное, чтобы ею было сделано три возлияния.

Человек, умерший после такого крещения, считается крещеным. Если мать, отец, жена спросят, как им быть, скажите им: «Ваш маль-

чик крещеный, можете за него в церкви молиться». Представьте, какое горе для верующей жены, если она не может молиться за погибшего мужа, свечи за него ставить, записки подавать. Это трагедия не только его, но и родственников.

Так что, если вы узнали, что человек некрещеный, прежде всего спросите его: «Хотите ли вы принять Святое Крещение?». Если хочет, можете его окрестить. Но только в том случае, если он ответит на четыре контрольных вопроса.

1. Первый вопрос: «Верите ли Вы в Бога?» Некрещеный может сказать: «Я верю в Бога, давно хотел покреститься». Услышав в ответ «да», уточните: в какого Бога? Если он ответит, что верит «в сущность надмирную, в космос, в высший разум», — то понятно, что он в Бога не верит. Такого человека крестить нельзя.

Можете уточнить: «Как имя Бога, во имя Которого мы крестимся?» Многие называют Святую Троицу. Если человек просто не понимает чего-то, то надо ему объяснить.

2. Второй вопрос: «Признаете ли Иисуса Христа своим Богом и Спасителем?»

3. Третий вопрос: «Признаете ли существование загробной жизни? Верите ли, что жизнь не оканчивается смертью?»

4. Последний вопрос: «Готовы ли вы в дальнейшем жить по-христиански, то есть изменить свою жизнь?» Потому что вдруг вы человека окрестите, а он домой вернется и начнет куролесить.

Если человек отвечает на все четыре вопроса положительно, вы можете совершить над ним Таинство Крещения.

Почему необходимо услышать четыре ответа «да»? Почему недостаточно, того, что человек, например, на первый вопрос ответил правильно, а на второй: «Да не верю я загробную жизнь»? потому что это значит — он еще не готов, ему надо еще пожить и подумать. Иначе он выздоровеет, снимет крестик и выбросит в помойное ведро. Мы уже не раз видели, как кресты, Евангелия и молитвословы летели в помойку. Не готов человек — не надо. Просто тупо крестить нельзя, даже если ему вдруг захотелось. Это движение в никуда.

Не смущайтесь, если боец не помнит, крестили его или нет. Что делать в этом случае? Покрестить, потому что благодать Святого Духа второй раз на человека крещеного не сойдет. Просто по приведенной здесь формуле спокойно совершите Таинство Крещения.

5. О крестном имени

С каким именем крестить человека, если его имени нет в святцах? Боец может оказаться Мухаммедом, Ибрагимом, Юсифом и т.д. Как быть?

Выберите имя максимально близкое по звучанию. Допустим, он Юсиф. Какое имя подойдет? Иосиф. А если, допустим, Мухаммед? Михаил. Как правило, это имя сразу ложится на сердце. Может случиться и так, что человек скажет: «Я хочу быть Иоанном». Пожалуйста, будь Иоанном. Будь Петром. Хотите, предложите ему имя почитаемого вами святого.

В роддоме Первого медуниверситета всем детям, которых мы крестим страха ради смертного, мы даем крестные имена Иоанн и Ксения. Иоанн — в честь Иоанна Кронштадтского, его мощи покоятся неподалеку от роддома, а Ксения — это в честь Ксении блаженной, покровительницы нашего города. Но однажды младенец сам выбрал себе имя. Он приснился ночью нашей сестре и сказал: «Если хотите, крестите моего брата (там двойня шла) Иоанном, но меня, пожалуйста, Александром». На следующий день были роды. Мы окрестили младенцев, и Иоанн выжил, а Александр погиб, он преставился ко Господу с тем именем, которое назвал. Так что, если надо, Господь внесет Свои коррективы.

Не стоит крестить человека, например, Дормидонтом или Сосипатром. Это уважаемые имена, апостольские, но люди не поймут. Ко мне как-то люди обратились с жалобой, что их внука назвали в крещении Патриком. Это вы знаете, что святой Патрик — чудотворец, равноапостольный просветитель Ирландии. А родственники не в курсе, их это имя покорило. Так что выбирайте в святцах современные имена, привычные нашему уху.

6. Если крещенный вами человек выжил

Если крещеный вами человек умер, за него можно молиться в церкви и подавать записки. Таинство доведут до конца Ангелы Церкви Небесной.

А если все хорошо? Если он выжил, выписался, поехал на реабилитацию? Тогда его нужно предупредить: «Вернешься домой, сходи в храм, попроси, чтобы тебя докрестили».

Что такое «докрестили»? Это значит, что человек должен получить Таинство Миропомазания. Вы его миропомазать не можете. Это дело

епископа или священника. Мы до сих пор нередко дополняем чин крещения Таинством Миропомазания, потому что в безбожное советское время бабушки часто самостоятельно крестили внуков, и сейчас эти люди — а им уже по 60—80 лет — приходят в храм, чтобы их докрестили.

Непрерменно предупредите бойца, что ему нужно будет довести Таинство до конца. Желательно, чтобы вы написали ему бумажку или даже обратились в наш храм — мы выпишем свидетельство, что он был крещен страха ради смертного.

Если священника не застать, например, выписка неожиданная, можете своей рукой написать: «Крещен страха ради смертного», — и поставить печать той же клиники и дату. Непременнo подпишитесь: «Крестила сестра милосердия такая-то». Можно оставить свой контактный телефон. Вдруг священник захочет позвонить и удостовериться.

КТО ИМ РАДУЕТСЯ, ОТ ВОНЫ И ДУХА, НЕ МОЖЕТ ВОЙТИ И ПЕРСТЕ ВОЛНИ

РУССКАЯ ПРАВОСЛАВНАЯ ЦЕРКОВЬ
МОСКОВСКИЙ ПАТРИАРХАТ

**СВИДЕТЕЛЬСТВО
О СОВЕРШЕНИИ ТАИНСТВА
КРЕЩЕНИЯ** *страха ради смертного*

*Иван
Иванович
ИВАНОВ*

крещен(а) *11.09.23*

*клинике термических поражений
(или другое место) ВМА*

с крещением имени *Иоанн*
в честь *св. прав. Иоанна Кронштадтского*

в день, которого(в) празднуется *2 января (по н.ст.)*

в храм(е) метрической книги приход(а) составлена запись под № *128*
храма Державной иконы Вождей Матери

Восприимщи *сестра милосердия добродетельная
сестрица св.мч. Татяна*

Ф.И.О. С.И.Т. 8-921-000-00-00

крещение подтверждено
настойтель храма *Св.мч. Татяна*
протоиерей *Сергий Филимонов*

Рис. 1. Свидетельство о крещении

Когда доступен прямой контакт, у священника больше доверия, что это не выдумка. Так что позаботьтесь, чтобы у крещеного вами бойца была хоть какая-то бумажка, чтобы он пришел в храм и его гарантированно не отфутболили. Всякое бывает.

В «Руководстве для сестер милосердия», изданном нашим сестричеством (оно есть в библиотеке храма и продается в нашей лавке), изложено все, что касается крещения и причастия в экстренной ситуации. Есть и о процессе умирения, и о состоянии человека накануне смерти. Это «Руководство» основано на 25-летнем опыте нашего служения в больницах (<https://dommil.com/knigi/>).

7. Таинства в бессознательном состоянии

Может случиться так. Вы с человеком поговорили, и он твердо сказал, что хочет креститься. Но или он сам хочет до завтра внутренне подготовиться, почитать что-нибудь, или вы уже уходите домой и передаете следующей смене, что вот есть такой человек, готовый креститься. Приходит следующая смена, приходите назавтра вы — а он без сознания. Что делать?

Бессознательное состояние может быть двух видов. Не вдаваясь в медицинскую терминологию, обозначу их так: угнетенное сознание либо реактивный психоз.

Психоз сплошь и рядом может развиваться у больных с контузионным синдромом или после хирургического вмешательства на череп, после трепанации. Это не значит, что человек плохой. Это значит, что у него психические проявления определенного клинического состояния.

Так вот, если он не буйный, а мягкопомешанный, мы имеем право крестить его страха ради смертного, потому что он дал согласие креститься еще когда был в себе, и только потом у него развилось изменение психики и поведенческих реакций. Спокойно окрестите человека. Если, конечно, он не будет с вами драться. Если начнет отбиваться, не вздумайте вызывать персонал, укрощать буйного бойца и непременно совершать Таинство. Вот этого, пожалуйста, не надо.

А можно ли крестить человека без сознания? Можно. По правилу святого Григория Неокесарийского, если есть два свидетеля, которые подтверждают, что потерявший сознание хотел приступить к Таинству, то его, потерявшего затем сознание, можно соборовать, крестить, а при сохранении глотательного рефлекса и причащать. Все Таинства на него распространяются. Понятно, что в клинике может не быть двух свидетелей. Тогда вся ответственность лежит на вас. Вы сами свидетельствуете перед Богом и людьми: «Да, этот человек хотел креститься».

8. Таинство Исповеди

Переходим к следующему Таинству — Исповеди. Многие люди не умеют нормально исповедоваться. Дайте им книжечку «Моя первая исповедь в больнице». По моему опыту, прочитавшие ее хорошо исповедуются.

При подготовке к Таинству Исповеди должен быть обычный человеческий разговор. Не надо тетешкать раненых, проявлять к ним этакую сю-сю жалость. Вы разговариваете с людьми, которые прошли через серьезное испытание, и они требуют к себе соответствующего уважительного отношения. Поэтому говорите с ними по-нормальному. Не надо вытирать слезы платочком. Ведите себя серьезно и просто, старайтесь помочь человеку нормально подготовиться к церковному Таинству.

9. Таинство Соборования

Мы не совершаем в госпитале классического Таинства Соборования — оно занимает около двух часов. Не каждый больной человек выдержит. Поэтому Священным Синодом специально для больных был разработан и утвержден краткий чин соборования, он занимает от силы 10—15 мин. С тяжелыми больными чаще проводится именно этот краткий чин.

Но если, например, для нейрохирургических больных его можно и даже очень желательно провести с согласия раненого и, конечно, медперсонала, то, например, при термических поражениях это вопрос. Бывали случаи исповеди и причащения обожженных бойцов. Это технически возможно. Но при соборовании его нужно помазывать в определенных местах святым елеем, а к ним порой нельзя прикасаться, потому что любое прикосновение к коже причиняет боль.

Таким образом, некоторые Таинства не только могут, но и должны быть адаптированы для совершения над ранеными бойцами.

10. Венчание

Венчание по просьбе супругов (раненого и его жены) совершается в палате или специальном отведенном клиникой помещении.

При неимении венцов венчать можно без них. При наличии венцов они надеваются на головы брачующихся. Венчание чаще осуществляется II или III чином. Венчаться I чином лучше после выписке в храм по месту жительства.

11. Отпевание

Следующее, о чем приходится говорить — это смерть и отпевание. Верующим родственникам можно предложить заочно отпеть больного, умершего ранее. Бесплатно. Пусть просто передадут записочку, если хотят. Если хотят и есть такая возможность, могут отпеть своего усопшего очно.

Существуют определенные воинские правила, и порой они не допускают очного отпевания. Тогда пожалуйста, мы можем заочно отпеть погибшего бойца.

В наши больницы поступают раненые родом из разных мест. Родные могут забрать тело и отвезти домой. Хотите отпеть и похоронить мужа в родном городе — пожалуйста. Мы можем передать информацию в храм вашего города, и священники отпоют там вашего погибшего родственника.

Пожалуйста, помните и при необходимости доносите эту информацию до родных: при любом их выборе мы готовы им помочь.

Правила поведения на отделении и ошибки добровольцев

1. Субординация

Штатный медицинский персонал определяет, какая помощь нужна именно сейчас. Старший медперсонал взаимодействует со старшей из сестер группы добровольцев. Если возникают вопросы, нужно свериться со старшей. Нужно учиться подчиняться, не что в данный момент хочется, а что нужно.

Если к вам подошел штатный медицинский работник — постовая сестра, или санитарка, или главная сестра — и сказал, что вы нужны сейчас в таком-то месте, то вам не надо искать своего старшего. Вы просто идете и выполняете что велено. А своему старшему потом скажете. наших сестер забирают в разные места, и старшей по смене может просто не оказаться рядом.

К людям старшего возраста необходимо обращаться по имени-отчеству. К сестре милосердия можно обратиться: сестра Наталья, сестра Татьяна, сестра Ксения.

Среди ухаживающих за ранеными могут оказаться жены священнослужителей. Обращайтесь к ним согласно правилам: матушка (*имя*).

По поводу субординации — есть главная сестра клиники. Есть старший координатор. Все обращения к главной сестре — только через нее.

Если накопились какие-то вопросы, то к главной сестре идет старшая (координатор Ксения Николаева) или же она поручает старшему смены подойти к главной сестре по какому-то срочному вопросу. Были случаи, когда сестры приходили в кабинет главной сестры со своими предложениями или инициативой: давайте мы привезем такие-то лекарства; а это масло лучше, чем то, которым мажут; а у меня есть мазь, которую мне посоветовала соседка, она лучше подойдет для ожогов. Этого нельзя делать. Вы должны беспрекословно исполнять рекомендации врачей, а любую инициативу проявлять церковно, через старшего, ни через кого не перескакивая.

Соблюдайте субординацию. Если случилось что-то экстренное, то вы говорите старшей по смене: «Вот такая проблема форс-мажорная», и она подходит к Ксении или к руководству.

Рекомендую обратиться к моей книге «Старшие и младшие», она есть и в нашей лавке, и выложена в чате. Прочитайте ее, пожалуйста. Когда начинается кавардак, когда младшие не слушаются старших, нарушают субординацию и т.д., то они, во-первых, создают конфликтную ситуацию, подставляют человека, который за них отвечает, а во-вторых, создают дополнительные помехи в работе для старших. Главная сестра отвечает за сотни дел и несет колоссальную ответственность. Недопустимо явиться к ней, чтобы поведать о мази барсука, которая моментально излечит ожоги. При этом неизбежно возникает недоверие: какие же несурзацы они наговорят больным?!

Если главная сестра вышла на отделение, это не повод к ней подходить. Все вопросы — к старшему смены. Это опытная сестра, которая уже отдежурила много смен. В расписании ее фамилия стоит первой. Она и решает все вопросы.

В клинике два этажа, два равноценных отделения. И вы должны находиться там, куда вас определили. Можно, конечно, зайти в буфет, передохнуть, попить чаю, но в принципе на каждом этаже всегда должна быть дежурная, чтобы не возникало непредвиденных ситуаций.

2. Послушание

Нельзя проявлять своеволие. Субординация и послушание помогает сохранить жизнь и здоровье пациента. Вы исполняете только те рекомендации, которые назначены лечащим врачом.

Врач несет юридическую ответственность за своего пациента. Ни в коем случае нельзя без указания лечащего врача давать его пациенту никаких препаратов. Вы не знаете, что с пациентом может произойти.

Основное правило поведения на отделении: никакой отсебятины и самодеятельности. Вы приходите помочь медперсоналу. Значит, выполняете то, что говорит медперсонал. Ни в коем случае не порывайтесь самостоятельно сменить капельницу, сделать укол. Это запрещено.

Особое внимание обращаю на питание. Определенная пища вызывает метеоризм, запоры или понос, аллергические реакции. Например, некоторые наши сердобольные сестры приносят раненым шоколад, не зная, что он останавливает перистальтику кишечника, начинаются запоры. Получается не доброта, а вредительство. Питание бойцов регламентировано медицинскими показаниями. Вот представьте, лежит обожженный пациент на противоположном матрасе. Встать он не может. Вы со своей «добротой» и «заботой» угостите его яблочком, и у него начнет пучить живот. А встать в туалет он не в состоянии, у него каждое движение боль вызывает, его перевязывают под наркозом. Пользу или вред принесет ему ваше яблочко? Поэтому если хотите что-то принести раненым, предварительно поинтересуйтесь у медиков, можно или нельзя.

Запомните: вы не имеете права самовольно, самочинно, без разрешения ни делать что-либо, ни угощать пациентов.

Ни в коем случае не занимайтесь отсебятиной, делайте только то, что говорят.

Ошибки добровольцев:

2.1. Своеволие и самодеятельность

Для пациента нельзя делать вообще ничего, не спросив у постовой сестры, у лечащего врача. Вот лежит пациент в полукоматозном состоянии, рот открыт, губы сухие, во рту пересохло. Можно ему в рот немножко водички влить? Спросите у персонала. Может быть, нельзя человеку воду в рот. Он лежит и дышит, и все в порядке. Но вы его пожалеете, дадите воды, и вот вода попала в дыхательное горло, и у него асфиксия, и он задохнулся. Или вода попадет в бронхи, в трахею с развитием пневмонии. Ваше «милосердие» может убить человека. Чтобы не навредить, всегда спрашивайте, что можно сделать для пациента и чего нельзя.

Но у него же рот пересох? А это не ваша забота. За ним следит медицинский персонал.

Нельзя кормить бойца до перевязки, даже если он очень просит, на перевязке может быть рвота.

Приносить лекарства в клинику запрещено.

Например, в массажной группе нельзя пользоваться вспомогательными массажными предметами без согласования с медперсоналом.

Никакой инициативы без согласования!

2.2. Равнодушие к нужде персонала

Персонал жаловался, что порой нашими сестрами не слышится нужда. Санитарка говорит: «Нужно сейчас нарезать бинтики». А наши волонтеры отвечают «Я пойду лучше помою палаты. Я пойду лучше покормлю раненых». Санитарке нужна конкретная помощь. А добровольцы хотят делать другое. Тогда от персонала слышатся не благодарности, а упреки.

Недопустимо навязывать свою волю, нужно слышать то, что вам говорят. Возможность сразу же откликнуться и пойти навстречу — это очень важно. От вас ждут помощи именно в том, о чем вас просят.

В стационарах хронически не хватает рук. Это касается не только Военно-медицинской академии, но и любой другой больницы. Даже в платных больницах, где, казалось бы, все должно быть на уровне, не хватает людей, которые могут подолгу находиться рядом с тяжелыми больными. Поэтому главная помощь добровольцев в том, что освобождается средний медицинский персонал для решения других задач.

На что следует обратить внимание в первую очередь? Раненые — это чисто мужской коллектив, они все разбрасывают, везде все расставляют. Медперсонал за это ругают. Все время требуют от них порядка в этих палатах. А при существующей загрузке персонал не в состоянии навести порядок. Не хватает ни медсестер, ни санитарок. А их еще заставляют убирать. Они и так убирают туалеты, без конца моют коридоры, палаты, занимаются уходом. Если на отделении благодаря вам оказались лишние руки — ваши руки, — то хорошо бы немного разгрузить медсестер и санитарок. Помочь с уборкой, с уходом за пациентами. Подвезти куда-то больных — на МРТ, на КТ. Все это занимает массу времени.

3. Краткие молитвы, преимущественно про себя

Длинные молитвенные правила во время смены в сестринской занимают место и время. Во время дежурства нужно молиться Богу, читать Иисусову молитву за каждого бойца. Заканчивая послушание,

так же кратко помолитесь за отделение, за больных, за персонал, за врачей, поблагодарите Бога за то, что Он доверил вам послужить Ему в этом благородном деле.

Краткая, буквально минутная молитва настроит вас на служение и откроет перед вами сердца персонала и раненых. Помолились быстро и пошли.

Утром, когда вы приходите на смену, как раз сменяется персонал. В это время они все находятся в сестринской комнате: переодеваются, получают задание, сдают и принимают смену. Поэтому очень неудобно, если вы будете в этот момент где-то в уголке молиться. Это можно сделать про себя и немного попозже, когда сотрудники клиники разойдутся.

Теперь что касается Иисусовой молитвы. Ее очень хорошо читать на отделении, и она будет вас поддерживать и помогать. Не надо читать десять, двадцать сотен, пятисотницу. Пусть в карманчике будет десяток бусинок, ходите и при возможности спокойно читайте про себя Иисусову молитву.

Напоминаю, что в ней не должно произноситься: «помилуй *нас*, грешных». Только: «помилуй *меня*». И акцент надо делать на «*грешную*». Когда ты помнишь, что ты грешная, язык не повернется делать замечания врачам и персоналу. Пришла и служишь: помилуй меня, грешную. Идете и про себя читаете Иисусову молитву. Благодать Божия во время молитвы будет и действовать на бойцов, и помогать в лечении.

4. Конфиденциальность

Упомянуть имена и фамилии бойцов нигде нельзя, фотографии делать нельзя и тем более выкладывать в соцсетях, запрещено снимать ролики, записывать аудио.

Никаких фотографий, никаких интервью, никаких записей в соцсетях с конкретными данными. Фотографировать без разрешения пациента, даже его вещи — это уголовная статья.

5. Смирение

Смирение обретается во время преодоления какой-либо неприятности и скорби.

Иногда Господь не попускает вам помочь людям. На это всегда есть причина. У нас была одна сестра, которой Господь ничего не давал де-

лать. Оказалось, что у нее были свои внутренние проблемы. Закончилось тем, что она в конце концов вообще перестала делать что бы то ни было. Мы с ней разобрали эту ситуацию — дело оказалось в ее неправильном внутреннем настрое. Она хотела одного, а все оказалось не по ее.

Вам известно, как преодолеваются комплексы? Комплексы преодолеваются следующим образом: помолилась и пошла делать.

Нельзя отказываться от выполнения работ по уходу. Хотя есть, например, люди брезгливые. Попу подтереть или мочу вынести не каждый может. Тошнит, рвет. Ну не можешь — не делай. Бывают ограничения по здоровью (заболевания позвоночника, аллергические заболевания). Об этом нужно предупредить и попросить поставить вас на другие работы.

Необходимо сказать о возможных ошибках.

5.1. Отказ исполнять работу по уходу

Если вы пришли на отделение, то независимо от своей специальности должны исполнять то, что вас просят. Врач, идущий в добровольцы, должен быть готов выносить судно, кормить раненых и мыть полы, хотя это и не соответствует врачебному статусу.

У нас был неприятный случай, когда врач отказалась мыть полы, хотя была добровольцем на отделении. Мало того, она еще и делала замечания врачам по поводу их врачебных манипуляций. По требованию медперсонала эта сестра была исключена из добровольцев и больше не допущена на отделение. Пришел помогать — помогай. Не надо качать права. Хороший врач не погнушается и подмыть больного, и судно вынести.

Однако на практике, узнав, что у добровольца есть медицинское образование, его нередко берут в реанимацию, в операционную, и он оказывают уже ту помощь, которая соответствует его квалификации. Не каждый ведь может войти в реанимацию. Кто-то упадет в обморок от крови, от стонов.

Одна наша сестра — профессиональный реабилитолог, работает в поликлинике. Она предложила провести реабилитацию с больными. В этой клинике половина бойцов с ожогами, а половина с ампутированными конечностями. Она прекрасно понимала, что ни в коем случае нельзя, даже владея знаниями и навыками, подпольно заниматься с больными. Если лечащий врач не будет знать, что вы сделали с больным, это может принести пациенту не здоровье, а вред. В данном случае все было сделано как положено. Через главную медицинскую

сестру клиники ее отрекомендовали начальнику кафедры. Та показала соответствующие дипломы, объяснила, какими навыками владеет и где работает, и ее допустили до раненых. Теперь в свои дежурства она занимается с ними лечебной физкультурой для реабилитации послеампутационного синдрома, принося пациентам большую пользу. Реабилитологов не хватает, и она оказалась востребованной. Сначала ей отказали, а когда она проявила смирение, терпение и послушание, то дали зеленый свет.

5.2. Желание лечь костями

Три сестры в каждой смене — это оптимально. Опыт показывает, что именно три человека могут оказать необходимый объем помощи и не полечь. Ведь персонал не понимает, что вы работаете, что у вас семья. Часто они вас воспринимают как мощную дополнительную силу, которая располагает большими возможностями.

Дел на отделении не всякий день много. Бывает смена, когда с делами пусто, а бывает, когда густо, и сестры еле-еле к концу успевают выполнить все, что необходимо. Некоторые переживают: «Ах, я сегодня практически ничего не делала». Ну не делала и не делала, Господь тебе не попустил. А в следующий раз тебя так может завалить, что ты там головы не поднимешь. Вы же читаете молитву Оптинских старцев: «Во всех непредвиденных случаях, Господи, не дай мне забыть, что все ниспослано Тобой. Какие бы я ни получил известия, дай принять их со спокойной душой и твердым убеждением, что на все святая воля Твоя». Положились на Бога, и принимайте со спокойной душой и отсутствие работы, и ее избыток.

5.3. Обиды за нехватку места на дежурствах

Нужно быть готовыми, что нас ждет большая война или даже череда войн. А сейчас Господь нас с вами просто взвешивает. Он смотрит, как мы ведем себя в малом. Наша задача — помочь, внести малую лепту. Вы можете сказать: надо принести какой-то большой дар, отработать по полной программе в сотне клиник. Нет, лучше идти в глубину и качественно отработать то небольшое, что нам подается.

Так что не грустите, оставшись без смены. Если ты верен в малом, то, как говорит Господь, будешь верен и в большем.

Я всегда говорю, что если человек пришел в храм, то он должен понимать, что Бог ему оказал большую честь. Несмотря на его грехи, распахнул двери Своего храма. Несмотря на все человеческое, Он дал ему возможность послужить ближнему. Мы считаем: это я пришел служить

ближнему. Нет, здесь совершенно другое. Я пришел, чтобы Христос дал мне возможность послужить Ему, болящему. Вот как это должно быть. Не я пришел, а Господь меня допустил. Нужно быть очень благодарным Богу за то, что Он доверяет тебе, именно тебе, в этот день помочь больному человеку, который пострадал, был ранен и т.д. Вот так это должно быть.

Поэтому не позволяйте себе никакой зависти, никакого выяснения: много, мало не должно быть. Господь может одному дать много. Кто-то будет отказываться от дежурства, а этот человек будет соглашаться, и его будут ставить. А другому можно дать мало, потому что может физически не выдержать. Если вы уже в возрасте, если мало сил, то как вы собираетесь сутки дежурить? Вас что, потом на носилках выносить с отделения? Нужно соизмерять свои силы и возраст с нагрузкой. Раньше было одно физическое состояние, сейчас другое. С вами там никто разбираться не будет. Взялся за гуж, не говори, что не дюж. Пришли работать, так и работайте. Работайте, а не падайте с сердечным приступом, чтобы вас там же везли реанимировать.

Видите, сколько ошибок можно совершить на дежурстве? Мы с вами полтора часа разбираем ошибки, которые были совершены всего за два месяца. А представляете, если бы вы бы хлынули в клиники, не зная всего этого, и вас бы в этом всем увидели. Поэтому Господь сперва всегда вам поручает что-то малое, чтобы ты это малое проработал, сделал, как положено, и тогда может дальше открыть какие-то другие горизонты. Так же происходит и в духовной жизни. Поэтому, дорогие мои, вы должны благодарить за то, что Господь дал вам возможность хотя бы раз побывать в клинике.

6. Медицинская одежда

На отделении — инфекция. Минно-взрывная травма всегда сопровождается инфекцией. Поэтому домашняя одежда запрещена для ношения на отделении. Только медицинские костюмы.

Ваш внешний вид на отделении:

- медицинский костюм;
- шапочки, маски, перчатки есть в любой клинике (кроме НИИ Джанелидзе);
- голову лучше покрывать;
- чтобы вас могли идентифицировать, нужно носить бейдж;
- обувь с задником, без дырочек, чтобы не было открытой кожи.

Пожалуйста, надевайте опрятный медицинский костюм, выстиранный перед каждой сменой. Волосы должны быть убраны, на лице никакой яркой косметики, никаких украшений, которые мешают работать. Плат можно носить, если он у вас есть и вы готовы в нем трудиться, но можно и без него. Но голову лучше покрывать, например, надевать одноразовую шапочку. Вы все-таки женщины, у вас волосы, прически. Зачем нужно, чтобы волосы сыпались в тарелку с борщом для раненого? Когда волосы убраны, все чисто, вы выглядите аккуратно.

На раздаче пищи шапочка обязательна.

Что касается обуви, то она должна быть белая и моющаяся. Вроде кроссов с задником. Обувь непременно должна быть с задником. И такая, чтобы ее было можно помыть после дежурства, потому что мы работаем с разными хлорированными жидкостями, и все это льется на ноги. Лучше мыть обувь после каждого дежурства.

Здесь есть два санитарно-эпидемиологических момента. Во-первых, вы принимаете на свою одежду серьезную госпитальную инфекцию. И можете принести ее домой. Во-вторых, вы несете на отделение инфекцию из транспорта. Кто-то по пути на вас чихал, кашлял. Можете вы гарантировать, что не занесете больным какой-нибудь вирус на своей одежде? Поэтому переодеваться необходимо.

7. Соблюдение режима в реанимации

В реанимацию мы без разрешения персонала не заходим. Вы можете стоять только на пороге реанимации или там, где сестринский пост.

В реанимации существует определенный режим по ограничению телефонов, радио, всякого рода аппаратуры.

Запрещено проносить всякие радиоприемники, даже если «ой, ему так скучно лежать в реанимации». В наушниках они слушать не могут, а дополнительный шум тревожит остальных больных. Реанимация — место, где лежат люди в очень тяжелом состоянии, и никаких развлечений там не предусмотрено.

Особенно опасно приносить в реанимацию любую еду. Был случай — родители пришли в реанимацию навестить своего сына и накормили домашней едой. Они ушли, а бойцу стало плохо. Он отравился. При этом он подключен к аппаратам, у него мочеприемники, калоприемники и прочее. Санитарка в реанимации несколько часов потом мучилась с ним, чтобы его промыть, не причиняя адской боли, потому что он был сильно обожжен. Поэтому в реанимацию никакую еду при-

носить нельзя. Их кормят. У них специальный стол. Им приносят еду, которую не надо сильно жевать, протертую или специальное белковое питание, чтобы они не испытывали сложностей. Им хватает. К тому же в реанимации у людей не очень хороший аппетит.

Вас могут туда позвать покормить бойца с ложечки, если не хватает своего персонала. Будьте готовы к тому, что люди в реанимации выглядят по-разному. Если вас это страшит, то лучше поменяться заданиями с сестрой или пойти вместе с кем-то, допустим, со старшей смены. Задание нужно выполнить, но если вы не уверены, что справитесь, попросите старшую смены поручить это кому-то другому. В данном случае как раз стоит отказаться, если вы опасаетесь, что не сможете.

8. Преимущество смен и отношения на дежурстве

Если возникает спорная тема (мусор, беспорядок), то можно все сфотографировать и позже выяснить у прошлой смены. А лучше, если вы это увидели, просто приберите сами.

Сплетни и бездоказательные жалобы недопустимы. Если ваше недовольство обоснованно, то нужно все перепроверить, четко определить, кто, на кого и за что жалуется. Любое мнение нужно обосновать, аргументировать. У каждого свое понятие о беспорядке. Для одного это карандаш, положенный перпендикулярно другому карандашу, а для другого — куча мусора посреди палаты.

Чтобы все было ясно и понятно, введен специальный журнал смены. В чат выкладывается определенные пункты, по которым старшая смена должна отчитаться. Тогда все — и плюс последующая смена — читают, что произошло на отделении. Кто тяжелый, кто легкий, какие были происшествия, приходили ли священники, посещало ли начальство, какое количество больных на отделении.

Это как передача дежурства, как утренняя пятиминутка в любом медицинском коллективе. Так и передача дежурства будет проходить легче, и все будут в курсе того, что происходит на отделении. Не надо шушукаться, вызванивать и узнавать: а что там такое, а как там без меня обошлись, как там боец такой-то и нашли коляску или не нашли.

Думайте в первую очередь о том, что без вашей помощи по уходу пострадают в первую очередь раненые. Ради них нужно быть немного потише и помирней и при всех ваших знаниях и регалиях слушаться сотрудников отделения.

Будьте скромнее. Был случай, когда штатная медсестра постеснялась зайти в сестринскую попить чай, встретив там нашу сестру-волон-

тера. В сестринскую часто заходят, то за вещами, то просто отдохнуть. Будьте внимательны к людям вокруг.

Своевременно информируйте координатора об итогах смены. У нас были проколы, когда священник пришел, а потом на следующий день его опять вызывают. Поэтому просьба к вам. Вот бортовой журнал, там все будет ясно. Вовремя выкладывайте информацию в чат.

9. Соблюдение эпидемиологических требований

Домашнюю еду на отделение приносить нельзя. Когда волонтеры приносят ее, потом бывают неприятности. Если волонтеры приносят фрукты в реанимацию и домашнюю еду для бойцов на отделение, это прямое нарушение правил, потому что создает опасность для пациентов. Не зная, что разрешено и что запрещено пациенту, вы не имеете права рисковать его здоровьем и жизнью.

Персонал иногда одними и теми же перчатками делает разную работу, нарушая санитарно-эпидемиологические нормы. Но мы покупаем перчатки. Вы не должны в одних и тех же перчатках и туалеты мыть, и раздавать посуду. Обязательно меняйте перчатки после проведении манипуляции. Не всегда нужно делать так, как некоторые штатные санитарки. Мы не моем одним ведром воды все палаты, хотя, может быть, санитарка вам и скажет делать именно так. Соблюдайте наши инструкции.

10. Деликатность и сдержанность

10.1. Обращение с контуженными

Контуженный часто неадекватен, ему может казаться, что он все еще участвует в бою. У него может быть поврежден вестибулярный аппарат, порваны барабанные перепонки, нарушена речь, сон, поведение. В любой момент может вспыхнуть агрессия. С ним нужно быть осторожной.

10.2. Покупки и алкоголь

Бойцам по их просьбе можно что-то купить.

Но только не алкоголь. Нужно понимать, что и без вас алкоголь на отделение пронесут. И пить будут. Будьте готовы, что бойцы будут вас испытывать, просить принести водку. Как бы вас не упрашивали, вы не можете пронести то, что запрещено на отделении. Особенно алкоголь.

Естественно, ребятам хочется выпить. Такое было и после Чечни, и после Дубоссары, и после Афганистана. Ничего нового. Посттравматический синдром неверующие бойцы заглушают алкоголем. Когда люди разворачиваются к Богу, исповедуются, происходит компенсация посттравматического синдрома. Неправильная же его компенсация происходит, в частности, при помощи алкоголя и наркотиков. Пожаруиста, запомните это.

Если вы заметили, что кто-то раненому принес алкоголь, что с этим делать? Надо кому-то доложить? Подойдите к постовой сестре и предупредите: «Такому-то принесли алкоголь».

Врачи отделения просят еще сообщать, если вы заметили у бойцов ножи в тумбочках или в личных вещах. С точки зрения безопасности всего отделения об этом необходимо сообщать не самому бойцу, что мы нашли у него нож, не медсестре, которая с этим ничего не может сделать, а дежурному врачу. Только дежурный врач может подойти и потребовать сдать нож. Бывает такая ситуация на отделении, что от этого ножа будет многое зависеть. Они днем этим ножиком мирно лимон режут. Но вечером они пьют алкоголь, и тогда ножи представляют опасность. Поэтому нож не разрешен для хранения, как бы пациент ни упрашивал его оставить. Кроме всего прочего, это требование нацелено на профилактику драк.

В любом случае (на отделении правила постоянно меняются) при непонимании, как правильно поступить, можно посоветоваться с дежурным врачом.

10.3. Флирт, неподобающее поведение с ранеными, навязчивые вопросы, нарушение личных границ

Нельзя садиться на кровать к бойцам, долго разговаривать с ними, каким-либо образом провоцировать к себе их интерес.

Соблюдаем расстояние, соблюдаем дистанцию в общении. Мы их слушаем, мы можем с ними поговорить, мы можем им помочь. Но никакие вольности не допускаются, только деловое общение. Помните, что вы имеете дело с мужчинами.

10.4. Уважительное отношение, деликатность

Прежде чем оказывать помощь, всегда нужно предварительно получить разрешение помочь. Без разрешения нельзя трогать вещи раненого, его тумбочку, кровать, коляску, костыль и т. д., все это зона личного пространства.

Нужно соблюдать этику. Спросите, можно ли протереть тумбочку. Некоторые бойцы не разрешают трогать свои вещи. Не спорьте лиш- ний раз. Сохраняйте хорошие, спокойные отношения. Протрите что можете. Всегда лучше спрашивать разрешения, что можно трогать, а что нет. А не так, что: «Я должна тут все протереть. Я все ваше на подо- конник составила». Это бесцеремонность. Люди приспособливают все так, как им удобно. Некоторым сложно захватить какую-то вещь из-за ампутации рук. Убирая, старайтесь не менять архитеконику, соблю- дайте уважение к личному пространству. Если требуется дезинфекция поверхности тумбочки, спросите позволения у бойца — может быть аллергическая реакция.

И то же самое под кроватями. Сумки к мытью полов выдвигаем, моем нормально под кроватями. С пациентов сыпется отшелушенная кожа. Там нужно все хорошо прочищать и промывать. Но предвари- тельно согласуйте это с пациентом, спросите его позволения.

В клинике салфетки, которыми обрабатывают тумбочки, замачива- ют в хлорсодержащих растворах. Это, конечно, очень ядовитый запах. Тем более, на тумбочку потом могут положить что-то такое, что люди потом могут взять в рот. Имейте это в виду. И то же самое, когда моете полы, будьте очень аккуратны с разведением и добавлением дезинфек- тантов. Не нужно лить их по принципу: чем больше, тем лучше.

10.5. Не лезьте в душу

Некоторые бойцы с посттравматическим синдромом не пожелают с вами разговаривать. Не лезьте в душу, не навязывайтесь.

Некоторые бойцы не хотят не только общаться, но и принимать пищу. Не хотят никаких контактов. Они отворачиваются к стене и им совершенно безразлично, что творится в палате. Не трогайте людей. «Будешь кушать?» «Нет, не буду». Все, отошли. «Тебе надо при- брать?» «Нет, не надо, отойди от меня». Все, отошли. Непременно нужно сообщить об этом персоналу, а к раненому не приставать.

Кто контактный, с тем контактируйте. Желающих можно научить простым молитвам.

Тех, кто вас не принимает, не трогайте.

10.6. Навязывание православного учения всем подряд

У нас бывало и такое, что некоторые больные на отделении в 122 медсанчасти сопротивлялись исповеди и причастию, и тогда сестра угрожала: «Ах, ты, не хочешь по-доброму? Ну так будешь на сковород-

ке жариться». Потом больные жаловались. Вы не имеете права пугать больных. Все должно быть очень корректно. Не хочет человек — и пусть не хочет. Это его выбор.

11. Гигиенические процедуры

11.1. Мытье раненых

Персонал периодически просят помыть бойцов. Иногда они сами просят помочь им вымыться. В стационаре есть ванны, душевые. При помывке необходимо соблюдать безопасность, чтобы боец не упал, не поскользнулся. Соблюдайте также собственную безопасность. Если требуется помощь, нужно честно обратиться за помощью и получить инструктаж. Младшие медсестры покажут, как что сделать и что использовать.

Учтите, что некоторым раненым мыться нельзя. Необходимо подойти к постовой сестре и спросить, что такой-то боец из такой-то палаты просил помыться, разрешено ли это? Если вы точно не уверены, что можно, то обязательно спросите, потому что вода может вызвать ухудшение состояния.

Если мыться разрешено, нужно уточнить, нет ли каких-то дополнительных условий, например, не мочить перевязку. Эту перевязку тогда нужно закрыть полиэтиленом.

Стрижкой и маникюром занимается специальная группа сестер по предварительному запросу. При этом нужно соблюдать полную инфекционную безопасность.

11.2. Стирка и починка одежды

Нельзя забирать форму и верхнюю одежду бойцов к себе домой для стирки и ремонта.

Бойцы иногда просят, чтобы их обстирывали, потому что стиральная машина на отделении не всегда доступна. Понятно, конечно, в грязных майках и трусах лежать очень неприятно. И бойцы просят, чтобы наши сестры забирали их вещи домой постирать. Оно и неплохо, но есть одна проблема.

Однажды наша сестра послушалась уговоров раненого, который очень просил забрать постирать его военную форму. Она забрала ее вместе с остальным бельем, а этого бойца неожиданно перевели в другой госпиталь. Получился большой конфликт. Пришлось раненого одевать в то, что было принесено нами дополнительно и привозить потом

в госпиталь, в который его перевели, его военную форму. Поэтому к военной форме мы не прикасаемся, мы ее не забираем. Мы ее можем зашить на месте, но никуда не убирать. Теперь у нас стирка происходит на отделении, раз в неделю, определенной штатной сестрой.

12. Контакты с волонтерскими организациями

Часто на отделение приносят горы всего. И это не всегда хорошие вещи. Привозят вещи и с тараканами, и с клопами. Не надо этого делать. В клинике есть санитарно-эпидемиологические правила.

Мы начали свою волонтерскую деятельность в клинике с того, что стали приносить на отделение очень много того, что там было нужно, и того, что не нужно, и захламлять сестринскую.

Теперь кроме нас этим занимаются еще и волонтерские сторонние организации. Закончилось тем, что всем волонтерским организациям запрещен проход на отделение, потому что никому не хочется хранить лишние вещи.

Если волонтеры нелегально приходят на отделение, мы на это никак не можем повлиять. Но важно, чтобы наши сестры, выходя на отделение, обязательно имели бейджик. Он у нас особого вида, вы его получите. Наша задача — непременно носить бейджик. Потому что бывают разные случаи. Нас даже пытались обвинить в том, что мы принесли бойцам алкоголь. А это были волонтеры или просто сердобольные посетители, которые каким-то образом проникают в госпиталь.

Мы не относимся к волонтерским организациям. Мы добровольцы от сестричества мц. Татианы. Решительно отгораживайтесь от контактов с любыми волонтерскими организациями. Это здорово, что много людей хочет помогать, но иногда их помощь выходит за рамки и нарушает правила, которые должны соблюдаться.

Поэтому, чтобы нам не запретили помогать на отделении, выставьте барьеры, четко разделяйте, что делаем мы и что делают волонтеры. Они приходят с песнями, с концертами, с баулами, с какими-то супами, с пельменями. Они приходят много с чем. Держитесь от них в стороне. Никаких договоренностей, что вы пронесете в стационар то, что они принесли. Там могут быть и запрещенные вещи. В том числе алкоголь.

Но не входите в конфликт с проникшими на отделение волонтерскими организациями. Это не ваша задача. Есть начальство, есть главная сестра, есть сотрудники клиники и т.д. Не надо на них доносить: вот пришли такие-то, вот что они тут устраивают. Будете стучать, вас

самих точно так же выгонят с отделения. Просто если видите, что что-то неправильно, можете сделать замечание: не говорите громко, будьте потише. А если вам отвечают, что это согласовано с начальством, то пусть начальство и разбирается. Вы пришли помогать: кормить, поить, мыть, убирать и т.д. Вот и занимайтесь своим делом. А кто там еще пришел — это уже не ваше дело. Но если видите безобразие, тогда можете подойти к постовой сестре и сказать: «Знаете, там лужу разлили. Извините, но разберитесь, пожалуйста». А напрямую в конфликт со сторонними организациями, пожалуйста, не вступайте.

Сами же вы согласовывайте, пожалуйста, пронос всех необходимых вещей в чате со старшей (с Ксенией Николаевой). Она знает, что какому раненому действительно нужно. И старшие по смене также собирают эту информацию. Закупка на любые благотворительные пожертвования, в том числе ваши личные, происходит тоже только по запросу. Приносите помощь, только согласовав ее.

13. Общение с родственниками бойцов

Если есть возможность связаться с родственниками, это очень хорошо. Вы можете помочь, если позвоните родственникам и с разрешения персонала скажете, чтобы они приезжали, потому что некоторые бывают в смущении — можно или нельзя. Присутствие родственников очень положительно влияет на раненых, ускоряет выздоровление.

Обожженный боец поступил в реанимацию с 60% ожогами тела. Он очень тяжело восстанавливался. Родственники жили в другом городе. Когда его перевели на общее отделение, к нему приехала жена. И он на глазах стал поправляться, быстро пошла регенерация тканей, улучшилось настроение. До того, как приехала жена, он не понимал, зачем ему жить на этой земле. А когда увидел жену, сразу почувствовал новые силы. Быстро поднялся, начал ходить по отделению. Жена уехала, на смену ей ухаживать за ним приехал дедушка.

Помощь родственников — невероятная сила. И наша задача — тем родственникам, которые пришли к бойцам, тоже оказать поддержку и помощь, если она нужна. Стульчик принести, предложить чаю согреть, потому что они очень стесняются. Многие приезжают из других городов. Не обходим их своим вниманием, стараемся гостеприимно согреть.

Бывает и так, что родственники уже здесь в клинике, и бойцы (их родные) начинают переживать, что те неотступно сидят у их постели. Просят: «Езжайте, погуляйте». У нас есть группа экскурсоводов для

сопровождения родственников бойцов по городу, чтобы и Петербург им показать, и отвезти помолиться за своего сына или мужа у Казанской иконы Божией Матери в Казанском соборе, у Ксении Блаженной, у Иоанна Кронштадтского. Всегда можно сказать, что у нас есть великие святые, можно туда съездить, помолиться, подать записочки за вашего родного человека. И бойцу спокойнее на душе, что родители не утомляются бесконечно, а смотрят прекрасный Петербург.

14. Помощь в буфете

Буфет — это то место, где кормят тех, кто может сам прийти. А кто не может прийти поесть, тех кормят в палатах. Им разносят пищу. Раньше нас к этому привлекали постольку-поскольку, но иногда бывает всего одна буфетчица на два этажа и реанимацию. Так что мы кормим завтраком, обедом, ужином. Каждый день на нашу смену выпадает это послушание.

Завтрак в 9 часов утра. Первым вашим заданием будет обеспечить завтраком все палаты. Все наши сестры, придя на отделение, сразу идут на кормление, и никаких промедлений быть не должно. Нужно очень быстро это делать. С вами будет старшая смены, опытная в этом вопросе, она вам все подскажет.

Здесь есть особенности. Перчатки и шапочку нужно надевать обязательно. С тележкой сложно. Она тяжелая, пороги там высокие, и лучше эту тележку везти вдвоем.

После того, как вы покормите бойцов, вам нужно будет еще принести обратно посуду.

Самое важное — это мытье посуды после приема пищи. Те, кто в буфете работают, должны, накормив людей, вымыть всю посуду. То есть мы остаемся и моем.

Могут и других сестер попросить вымыть посуду. При этом следует учитывать, что работа на отделении важнее. То есть если вас спрашивают: «Вы можете помочь помыть посуду?», и у вас нет другого задания от вашей старшей сестры по смене или от штатной сестры, тогда вы можете остаться на столько, на сколько можете: хоть на 10 минут, хоть на 20. Мойка может занять полтора часа, там очень много посуды, но в первую очередь вы должны ухаживать за ранеными. На первом месте у нас уход за ранеными. Бывали случаи, когда наши сестры шли мыть посуду, а утки оставались не вынесены, кто-то хотел, чтобы его сопроводили до туалета, а некому, что-то надо было протереть, а наших нет.

А где они? А они все в буфете. За этим следит старшая смены. Поэтому в первую очередь подойдите к старшей смены и спросите, можно ли вам пойти в буфет и как надолго. Чтобы она знала, что вы там, когда потребуется ваша помощь.

Вечером после ужина основная задача — вымыть все отделение, все полы, а не тарелки в буфете, потому что там это часа на полтора-два точно. Или так — из трех сестер одна остается в буфете, быстро помогает, а остальные две остаются по одной на каждом этаже. Или можно меняться — на завтрак одна пошла мыть посуду, на обед вторая, на ужин третья.

Профилактика посттравматического синдрома

1. Деадаптация ветерана

У человека, получившего тяжелые ранения, есть прошлое и есть неизвестно будущее. Развитию посттравматического синдрома способствуют:

- неудовольствие семьи,
- неуважение общества,
- конфликтные отношения с родственниками.

Стресс бывает конструктивным, мобилизующим, способствующим сохранению личности, а бывает деструктивным, разрушающим организм и нервную систему. Когда человеку и тем, кто рядом с ним, грозит смерть или серьезное ранение с угрозой получения инвалидности, естественная реакция на это — интенсивный страх и беспомощность.

Адаптация к длительным боевым условиям часто формирует в характере воинов повышенную ранимость, недоверчивость. У лиц, принимающих длительное участие в боевых действиях, закрепляются новые поведенческие навыки, стереотипы: восприятие окружающей среды как враждебной, настороженность, гиперактивация внимания, тревожная настроенность, готовность к импульсному защитному реагированию на окружающее, агрессия, физическое уничтожение источника угрозы, сужение эмоционального диапазона, стремление к уходу от реальности, игнорирование нравственных проблем, разочарование и страх перед будущим, нарушение социальной коммуникации, само-разрушающее поведение, злоупотребление наркосодержащими веще-

ствами. Кроме того, у участников боевых действий нередко отмечается усиление тревожности, подавленности, чувства вины, повышенная чувствительность к несправедливости и застревание в негативных переживаниях.

Вашей задачей будет профилактика этого стрессового синдрома, потому что когда он сформируется, тогда поздно. Наступают сильные поведенческие изменения, которые ведут к саморазрушению личности, к самоубийствам и т.д. Не секрет, что многие ветераны заканчивают жизнь самоубийством.

С отвоевавшими бойцами необходимо работать профессионально, и общество должно это понимать и обеспечивать. Есть так называемые боевые психологи, которые занимаются специальной адаптацией людей на определенных этапах эвакуации. Это все отработано в странах НАТО, в Америке после Вьетнамской войны. Накоплен соответствующий опыт и методики. Там все достаточно четко и серьезно. К сожалению, у нас эта работа не была поставлена на должный уровень, и после Чечни и Афганистана было много самоубийств.

Понятно, что мы с вами тут не психотерапевты и не психологи. Подчеркну: **вы не специалисты, не лезьте в психологические дебри.** Вам нужно знать четыре-пять основополагающих вещей и реализовывать их на отделении с больными и их родственниками.

Поговорим об особенностях посттравматического синдрома. Для ветерана прошлое многократно превосходит настоящее и будущее вместе взятые. Именно в прошлом произошли самые важные события его жизни: женитьба, покупка автомобиля, рождение детей, поступление на военную службу, сражения, боевая травма. Его настоящее лишено значимых событий, а будущее не представить и не спрогнозировать. Так видит свою жизнь 26-летний инвалид с ампутированными ногами. Это конкретная ситуация.

Это важно понимать: у раненых на отделении осталось только прошлое, их настоящее не определено, а будущее тем более — он не знает, сколько еще операций ему предстоит, чем они окончатся, как он будет жить дальше, как его примет семья, будет ли он трудоустроен и обеспечен социальными гарантиями.

Кстати, совсем не обязательно, что инвалид — непременно несчастный человек. В Швейцарии проводили эксперимент на полностью обездвиженных людях, которые могли общаться, лишь отвечая на вопросы с помощью носового дыхания: да или нет. И среди них был человек, который ответил: «Да, я чувствую себя вполне счастливым человеком». Наверняка он был человек верующий, но все равно это

очень трудно осознать. Как мог он быть счастлив в таком положении? Может быть, потому что у него был контакт с людьми, он не потерял связь с миром.

2. Чувство вины

Раненые ветераны и сами убивали людей, и видели смерть товарищей. Поэтому многие из них чувствуют вину — друг погиб, а я живу.

Эта вина, как ни странно, смягчается у тех, кто получил тяжелое ранение, потерял конечности. Происходит своего рода компенсаторная реакция: потерей части своего тела они словно бы компенсируют то, что остались живы, когда сослуживцы погибли. А у тех, кто получил более легкие ранения, кого не коснулась серьезная травма или ампутация, вина в душе может просто бушевать.

Здесь возможен самый широкий диапазон реакций. Записывайте свои наблюдения, отмечайте все нюансы.

3. О неопределенности будущего и Промысле Божиим

Особенно психотравмогенным обстоятельством является для большинства инвалидов невозможность достойно трудиться и обеспечивать свое существование. Это нужно знать, чтобы правильно подавать людям надежду и утешение.

В действительности самое тяжелое увечье совсем не обязательно приведет к тому, что он найдет плохую работу. Ваша задача — иметь в запасе ряд жизненных примеров, когда инвалиды достигали в жизни очень многого. Тогда вы всегда сможете сказать: «А помните Стивена Хокинга? Он в инвалидном кресле сидел и пальцами кнопки нажимал. Тем не менее, смотрите, он продолжал научные исследования и гипотезы выдвигал. Хотя даже говорить не мог, за него говорил компьютер». Или приведете какой-нибудь другой пример. Раненый, конечно, может довольно резко вам ответить, что надеется все же на стать полным калекой. Поэтому до абсурда-то не доводите. Но, тем не менее, вы всегда можете сказать: «Посмотрите, чего достигали люди в положении, куда худшем вашего».

Командующие, командиры обычно четко понимают это беспокойство раненых о будущем и разговаривают совершенно правильно. Вот лежит молодой парень, покалеченный совсем. Он в отчаянии: все, чему он учился, накрылось. Не быть ему больше военным. А кем ему быть?

Непонятно. Переучиваться на продавца, компьютерщика, инженера? А командир заходит, подает награду и говорит: «Не беспокойся, тебе приготовлено место в военкомате твоего города. Будешь работать, заниматься призывом бойцов». Все, человеку дан посыл в его новое будущее.

Недавно по телевизору показывали награждение Героя России, полковника танковых войск. Принимая орден, он сказал: «Это не моя награда. Это награда всего моего танкового батальона». Этот человек был сильно покалечен. Его наградили и потом говорят: «Вы назначены на должность заместителя начальника танкового училища». То есть человек не списан, не стерт. Он поедет на новую должность, будет передавать боевой опыт. Поэтому очень важно, когда вы будете разговаривать с бойцами, сказать им, что их будущее непременно определится, что о каждом человеке есть Промысл Божий. Что их знания и навыки нужны людям, что они пригодятся молодому поколению, что с их помощью необходимо в юных мужество воспитывать и т.д.

Конечно, все непросто. Если у человека, например, ожоги, то ему пересадят кожу, она, скорее всего, приживется, и он в итоге снова будет здоров. А если лишился рук и ног? Посмотрите, какие очереди на протезирование. Им же надо реабилитироваться, а потом протезами заниматься, и еще приспособиться к жизни с протезами. Да и на ожоговом отделении достаточно много людей с посттравматическим синдромом. Во-первых, среди них есть люди, которые выжили после плена. Это вообще отдельная категория, особая травма. Во-вторых, нередко после пересадки подолгу не приживается кожа, и это огромное расстройство и тревога — приживется ли она вообще. Поэтому там много мальчиков-бойцов, которые находятся в подавленном состоянии. Им нужна поддержка.

Как видите, здесь очень важен ваш духовный уровень. Как утешать людей с такими реальными жизненными проблемами? Читайте книги, смотрите фильмы, вспоминайте Маресьева и других летчиков, безруких и безногих. Вспоминайте случаи из жизни. Записывайте в дневничок разнообразные жизнеутверждающие примеры. Когда вы идете на отделение, у вас должны быть с собой записи и навыков, которыми вы обладаете, и случаев, которые происходили с разными людьми — и положительные, и отрицательные, примеры правильных действий и ошибок. Раненым бойцам жизненно необходимо верить в то, что они не списаны, не выброшены из жизни, что у них есть будущее, что жизнь продолжается и в ней еще будет много радости.

Надежда на будущее — вот что дает людям силы жить.

4. Добродетель надежды (<https://shkolamil.ru/>)

Сестра милосердия, работающая с ранеными, должна обладать добродетелью надежды. Это необходимо, потому что именно надежда является топливом для восстановления человека и его дальнейшего позитивного развития. Не видя ее в вас, раненый начнет разрушаться.

Умение утешить человека и вселить надежду на будущее является профилактикой стрессового синдрома, и вам придется этому научиться. Может быть, не все будет получаться. Раненые инвалиды неохотно вступают в контакт с окружающими до тех пор, пока не перестают чувствовать себя не такими как все. Но со временем это проходит. И тем быстрее, чем внимательнее и позитивнее настроены окружающие. Здесь важно все — от улыбки и благодарности сестры милосердия, ее внимания и заботы до удобных лифтов и пандусов¹.

5. Благодарность за подвиг

Инвалид войны часто оказывается не приспособлен к мирной обстановке, к стандартным ценностям общества. Он чувствует, что его подставили, использовали для достижения политических, экономических и иных целей. Такое было характерно для американцев, воевавших во Вьетнаме. Такое сплошь и рядом бывало и у нас после Афганистана и Чечни. Тысячи бывших военнослужащих пополнили ряды психотравматиков.

Между тем существует важнейший моральный принцип: чем бы ни окончилась война, победой или поражением, солдата и офицера должны достойно встретить его правительство, его народ, его сослуживцы и семья.

По телевизору показывали, как вернулся домой боец из Тувы, после ранений перенесший в московском госпитале 14 операций и получивший звание Героя России. Его встречала вся Тува и чествовала как своего героя-земляка. Показывали, как его вывозят из самолета на колясочке, ему отдают честь армейцы, как тут же в аэропорту проходит митинг. Вот это правильная встреча ветерана. Человек должен получить обратную связь, что общество приняло и оценило его подвиг. Это крайне важный момент.

¹ Подробнее об этом см. в главе «Добродетель надежды в паллиативном сестринском служении».

Одна из причин стрессового синдрома — это неправильное поведение общества по отношению к человеку, который получил боевую травму. Для психического благополучия раненого бойца исключительно важна благодарность. Бойцы рисковали своим здоровьем и жизнью. У некоторых из них возникает вопрос, почему другие не идут воевать?

Важным моментом профилактики посттравматического синдрома будет отношение к нему с любовью, благодарностью и нежностью. Вы обязаны помнить об этом у его постели. Непременно выразите ему свою благодарность: «Спасибо, что вы нас защищали. Спасибо, что не прятались за чужими спинами и подарили жизнь нам, нашим детям, нашим семьям. Благодарю вас за то, что честно исполнили свой долг. Низкий вам поклон за ваш подвиг. Спасибо». Именно так нужно уходить от каждого раненого, который перенес тяжелую травму: ампутацию, ожог и т.д. Эта обратная связь очень важна для психоэмоциональной коррекции состояния человека. Он должен ее получить, имеет полное право. И вы обязаны ее дать.

Если он не услышит благодарности конкретно от вас или от той группы лиц, которая первой встретится с ним после ранения, то это подействует на него деструктивно, разрушительно и станет одним из факторов формирования стрессового боевого синдрома.

Можно сказать слова благодарности его родителям и родственникам за мужество их родного человека, это повышает и самооценку бойца в его собственных глазах, и его значение в глазах его близких.

Я вспоминаю своего отца — военного офицера, служившего в Афганистане. Спустя 20 лет после афганской войны торжественно чествовали ветеранов Афганистана и выдавали им медали. Отец побрился, надушился, нарядился белую рубашку и парадную форму, надел фуражку и, как положено, при полном параде явился в военкомат для получения награды. Приходит — там темень, никого нет, уборщица метет коридор. Спрашивает: «Вы кто?». Он отвечает: «Я офицер такой-то, полковник, ветеран Афганистана». — «Вы что, за наградой? Ладно, сейчас коридор дometу и выдам». Надо бы развернуться и уйти, а отец растерялся. Она закончила половой тряпкой махать, вытерла руки о халат, прошла в кабинет, дала ему расписаться и выдала награду. Вот и все уважение общества.

Пусть такие ошибки допускают другие, но вы от них остерегитесь. Благодарите бойцов. Не напыщенно, не велеречиво, но благодарите — благодарите каждого, уходя от него. Это важно для них, это очень поможет им адаптироваться к мирной жизни.

Необходимо, кроме того, всячески поднимать рейтинг раненого в кругу его семьи. Его же могут тюкать: зачем ты пошел воевать, какой ты дурак, кому это было надо, теперь будешь мучиться. А ему так важно видеть благодарность в глазах жены. Да, родные могут и не принять вашу благодарность по своей испорченности и жестокосердию. Но, быть может, наоборот, ваше слово пробудит в них понимание и глубокое уважение к подвигу брата, сына или мужа. Поэтому очень-очень важно, чтобы вы, встретив у постели раненого его родственников, сердечно их благодарили: «Низкий поклон вам за вашего сына, за вашего брата, за вашего мужа. Благодаря ему на нас бомбы не падают, мы можем спокойно жить. Спасибо вам большое».

Все это есть делание надежды, делание добродетели.

На благодарность бойцов важно всегда отвечать им встречным благодарным словом.

6. О письмах раненым

Раненому бойцу необходимы утешение, надежда, коммуникация. Запомните: **утешение, надежда и коммуникация**. Пожалуйста, пусть дети пишут письма, ваши знакомые пишут письма, воскресная школа пишет письма. Их можно передавать раненым в госпитали, чтобы они прочитали. И там непременно должны быть слова благодарности и добрые пожелания на будущее. Письма — это одна из форм реабилитации.

Когда вы идете к раненым, просите детей и знакомых взрослых написать им добрые слова. Не приходите с пустыми руками.

7. О внимании

На отделении вас попросят перестелить постель, поддержать кого-то, подать полотенце, тапочки. Не относитесь легкомысленно и небрежно к исполнению самой мелкой просьбы. Ваше внимание может сыграть очень большую роль в реабилитации человека.

Я испытал это на себе, когда болел ковидом и лежал в реанимации. Там персоналу помогали студенты и добровольцы. И один из них, совсем молодой мальчик по имени Нариман, мусульманин, принял во мне самое деятельное участие. Когда я пришел в себя, он подошел ко мне — больше никто не подошел, только он, — и предложил: «Давайте я вам принесу зубную пасту и щетку». А мне как раз это и нужно было

в тот момент. И потом в свое дежурство он всегда подходил и предлагал: «Давайте я вам перестелю постель». Я отказывался, крови-то немного с меня капало, белье почти чистое было. А он настаивал: «Нет уж, давайте я постелю свеженькое, чтобы пролежней не было. Все-таки свежее белье лучше». Вот я его особенно и запомнил.

8. Потребность в повышении социального статуса

При возвращении в мирную обстановку у ветеранов актуализируется целый ряд потребностей.

Во-первых, у большинства ярко выражено желание быть понятым. Понятым — то есть прежде всего услышанным.

Второе — быть социально признанным. Это уже не от нас зависит, а от государства.

В-третьих — стремление быть принятым в систему социальных связей и отношений мирной жизни с более высоким, чем прежде, социальным статусом. Это связано с тем, что участники боевых действий подспудно ожидают особого отношения к себе. С одной стороны, это правильно, с другой стороны — ошибка. Потому что, не дождавшись этого особого отношения, мы получаем разного рода синдромы по типу чеченского, когда со стороны участников боевых действий появляется агрессивное отношение к сослуживцам и гражданским людям, не имеющим их боевого опыта.

Этот момент надо смягчать. Жизнь есть жизнь, люди разные. Одни будут благодарить за подвиг, а другие скажут: я тебя не посылал на войну, мне-то что до твоей раны. Раненому нужно заранее подготовить себя к тому, что такое может случиться. Не впадать из-за этого в агрессию, принять происходящее как должное. Вам нужно искать такие слова, которые заранее предупредят и будущую агрессию, и будущую депрессию.

Часто ветеран бывает ошеломлен при столкновении с реальностью мирной жизни. Он не может примириться с тем, что рисковал жизнью, а в стране и в армии ничего не изменилось, общество вообще не заметило его отсутствия. Более того, оказывается, что не все разделяют его взгляды на цели, характер и способ ведения войны. Это может вызвать шок, привести к серьезным психическим расстройствам, сформировать чувство враждебности социального окружения. Такое бывает часто. Непременно помните, что раненый очень чувствителен и уязвим.

Особенность психологии раненых — что многие из них отчуждены друг от друга, и каждый замкнут в своем мирке. Если это не одно боевое подразделение, то ему неинтересно, что там у кого происходит, он полон своим. Они, конечно, общаются, но видно, что каждый пребывает в себе. Зато узнав, что в клинику поступил кто-то из их подразделения, они с радостью кидаются к своему сослуживцу.

Наши воины не имеют той агрессии, что у украинцев. Они не станут ребра ломать, пытаться жечь на кресте, как делают там. Наверное, милость Божия спасает наших раненых, потому что они не озлоблены. Наши — благородные. Вы не смотрите, что это простые мужики, которые курят и матерятся. Вы можете спокойно их попросить: «Пожалуйста, выключите телевизор, мне нужно поговорить с этим человеком». Хотя иногда, наоборот, лучше, когда вы разговариваете, а телевизор работает, и никто вас не слышит.

9. О гипнозе, НЛП и медитации

Медицинская эвакуация состоит из нескольких этапов: первая помощь на поле боя, первая врачебная помощь, первая медицинская помощь — это вертолет, полевой госпиталь, и затем этап специализированной медицинской помощи — центральные учреждения, которые выполняют сложные хирургические и другие вмешательства. Это, в частности, медицинские клиники Петербурга, предпоследний этап эвакуации. Здесь происходит оказание специализированной медицинской помощи.

Дальше идет этап реабилитации. Он проходит в санаториях. На санаторном этапе половина методик боевых психологов связана с медитацией, разного рода гипнозом, нейролингвистическим программированием, разнообразными параокультурными практиками.

Повлиять на это не вы в состоянии. Единственное, что вы можете и должны сделать — это сказать, прощаясь с уезжающим бойцом, что-нибудь такое: «Ну, дай Бог тебе здоровья, восстанавливайся. Только не давай, чтобы с тобой что-то психическое делали — гипнотизировали, сажали медитировать. Ты крещеный, мы тебя тут исповедовали и причастили. И ты знай, что всякий гипноз и духовные практики с верой и Церковью никак не соприкасаются. Не надо тебе этого. Мы за тебя будем молиться. И ты научись молиться, обращаться к Богу. Ты просто имей в виду, что тебе будут предлагать эти методики на обследовании. Так вот, лучше не соглашайся».

Слова утешения для раненых бойцов. Примеры терпения и доблести

1. Герои России времен Великой Отечественной войны

Алексей Очкин: четырежды выживший

Этот воин Великой Отечественной четырежды возвращался в строй после смертельных ранений несовместимых с жизнью, возвращался буквально с того света. За беспримерное мужество он получил от товарищей прозвище «лейтенант Огонь».

Пройдя от Сталинграда до Берлина и Праги, артиллерист Алексей Яковлевич Очкин (1922–2003) получил в общей сложности 20 ранений и всякий раз возвращался в строй. Говорили, что носит в себе килограмм металла. Он добровольцем ушел на фронт в 16 лет, в самом начале войны, приписав себе два года. Впервые был



ранен на Лужском рубеже, а после госпиталя, окончив командирские курсы, бился за Сталинград. В самом пекле Сталинграда лейтенант Огонь организовал боевую группу, вошедшую в историю Сталинградской битвы как «57 бессмертных». Именно там в октябре 1942 года он получил чудом не ставшую смертельной рану, после которой выжить, казалось, было невозможно: немецкая снайперская пуля попала ниже глаза и вышла через затылок. В бессознательном состоянии его привязали к бревну с крестовиной и пустили вниз по течению Волги. Очкин выжил, хотя и ослеп. Но каким-то чудом уже к февралю 1943 года зрение вернулось, изумив госпитальных врачей.

26 марта 1943 года Алексей Очкин повторил подвиг Александра Матросова — в бою на Курской дуге закрыл своим телом амбразуру дзота, из которого по его бойцам бил пулемет. Он сутки пролежал на амбразуре, пока товарищам удалось наконец вынести с поля боя изувеченное тело своего командира. Были уверены, что он погиб. Но он очнулся — через месяц, в госпитале. На ноге, в которую попала разрыв-

ная пуля, уже развивалась гангрена. Но смерть снова прошла мимо, и Очкин вернулся в свою часть.

В третий раз Алексей Очкин был тяжело ранен при формировании Днепра — тогда он получил тяжелейшую контузию, от которой очнулся только в покойнице. Врачи долго выхаживали его, и в итоге лейтенант Очкин снова вернулся в строй.

Четвертое тяжелое ранение он получил уже в Праге.

После войны Алексей Яковлевич стал режиссером, писателем, сценаристом и драматургом. Он снял несколько фильмов и написал документальные книги о войне «Непобежденные» для взрослых и «Иван — я, Федоровы — мы» — для детей.

Алексей Яковлевич Очкин умер в 2003 году, на 81 году жизни. Четыре раза переступить получить ранения, от которых поправиться нельзя, выздороветь и вернуться в строй, прожить потом долгую содержательную жизнь — такого не бывает. Но такое было.

Штурмовик с искалеченной рукой



Знаменитый летчик Михаил Петрович Одинцов (1921—2011), дважды герой Советского Союза, начал летать с 16 лет. Он с отличием окончил аэроклуб, потом школы военных летчиков в Перми и в Энгельсе.

Первый боевой вылет на бомбардировщике Су-2 младший лейтенант Одинцов совершил уже на второй день войны. 3 июля 1941 Одинцов был тяжело ранен в бою, а во время вынужденной посадки огнестрельные ранения усугубились тяжелыми травмами. Больше полугода по госпиталям — и приговор врачей: списать Одинцова с летной работы. Но он

без документов о выписке из госпиталя, без предписания явился к командиру своего полка и сказал, что будет летать. И командир допустил Одинцова к полетам. Теперь он летал на штурмовике Ил-2, перебинто-

ывая перед каждым вылетом так и не восстановившуюся искалеченную левую руку.

Михаил Одинцов был одним из лучших в стране штурмовиков. Он совершил более 200 боевых вылетов, уничтожил много вражеских самолетов, танков, паровозов, складов боеприпасов и продовольствия, а также живой силы. Кроме того, на Ил-2, совершенно не приспособленном для воздушного боя, он сбил 14 самолетов противника — это не удалось больше ни одному летчику-штурмовику.

Михаил Одинцов воевал на многих фронтах, закончил войну майором, заместителем командира полка, стал дважды героем Советского Союза.

После войны Михаил Петрович Одинцов был признан инвалидом и полностью отстранен от полетов. Однако он усиленно тренировался и уже через два года получил неограниченный доступ к полетам, с отличием окончил Академию Генштаба, стал вторым начальником Центра подготовки космонавтов, пять лет командовал ВВС Московского военного округа. В 1995-м году на военном параде на Красной площади в честь 50-летия Победы генерал-полковник Одинцов нес знамя 150-й стрелковой дивизии, одно из нескольких, водруженных над рейхстагом. Многие из своей военной жизни он описал в книге «Преодоление» (1987).

Михаил Петрович Одинцов умер на 91-м году жизни, прожив долгую жизнь и ни разу не сдавшись перед обстоятельствами.

Подвиг трижды раненого пулеметчика Студенникова

Тридцатилетний тракторист Яков Степанович Студенников (1910—1987) оказался на фронте в первые дни войны.

В июле 1943 года шла страшная Курская битва. Одним из мест самых ожесточенных сражений была железнодорожная станция Поньры на пути Орел-Курск. Немцы отправили на штурм станции 170 танков и самоходных установок, в том числе 40 «Тигров», и две пехотные дивизии.

Весь пулеметный расчет Студенникова погиб. Оставшись в одиночестве, он двое суток продолжал сражаться с непрерывно атакующим противником. За это время он был трижды ранен и терял сознание. Но приходя в себя, отбивал



атаку за атакой. Студенников отбил свыше десяти наступлений фашистов и ликвидировал 300 из них. Практически в одиночку он не пропускал дальше всю эту фашистскую армаду, пока их окончательно не отбросило прибывшее подкрепление.

Раны его оказались настолько тяжелыми, что он провел в госпитале почти год. Его собирались списать из армии, однако несмотря на категорические протесты врачей, Студенников вернулся на фронт, твердо заявив, что будет сражаться, пока не услышит победного салюта. Так и произошло.

Долгие годы после войны Яков Степанович Студенников работал в колхозе, а затем в местном УВД. Не стало русского героя в 1987 году. Вот на кого нужно равняться. Один против трехсот — но не дрогнул. Получил тяжелейшие раны — но вернулся в строй.

Лишился рук и ног, но вырастил детей и лес



Петр Григорьевич Антипов (1920—1993) был сыном и внуком лесничих. Неудивительно, что сколько себя помнил, он любил лес с детства собирался стать лесоводом. После школы поступил в техникум лесного хозяйства, но когда он учился на втором курсе, началась война, и молодой студент сразу же

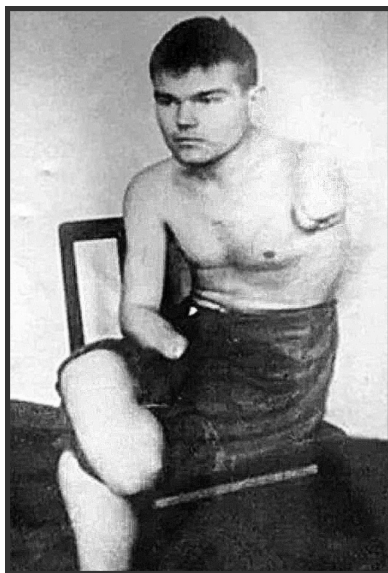
записался добровольцем в армию.

Воевал крепко, жизни не щадил. На тяжелых танках КВ («Клим Ворошилов») дрался Волховском фронте, участвовал в прорыве блокады Ленинграда, сражался под Ельцом, Сталинградом, на Курской дуге, Карельском перешейке, брал Выборг, освобождал Псковщину, Белоруссию и Польшу.

5 января 1945 в Польше танк Антипова попал в засаду. Несколько попаданий — и весь экипаж убит, гвардии старшина Антипов остался один. Он отстреливался до последнего патрона, потом открыл люк и попытался выпрыгнуть, но в танк тут же полетела граната, а полуживого танкиста расстреляли из автомата в упор. Левую руку срезало очередью, она повисла на кожных лоскутах. Потом добивали прикладами, для верности выстрелили в лицо. Пять суток Петр пролежал на морозе, пока наши солдаты, прорывая оборону противника, не пошли в наступление.

В полевом госпитале врачи, спасая жизнь Антипова, ампутировали ему кисть правой руки и обе ноги. Левая рука была еще раньше оторвана автоматной очередью. Два с половиной года провел Петр Григорьевич в госпиталях Саратова и Москвы. Перенес десять сложнейших операций.

Потом стал учиться ходить на протезах. Осваивал их по десять часов в день. На уцелевшей части правой руки врачи сделали ему «кисть Крукенберга» (своеобразную раздвоенную клешню из концов лучевой и локтевой костей), благодаря которой он постепенно научился одеваться, держать ложку, писать. Порой не хотелось жить, будущее казалось беспросветным. Охватывало отчаяние. Но в московском военном госпитале он познакомился с А.П. Маресьевым — летчиком, которой лишился обеих ступней, но вернулся за штурвал боевого самолета, — и это вдохнуло в Петра Григорьевича новые силы.



И Антипов принял главное в своей жизни решение — вернуться в Тихвинский лесной техникум, где учился до войны. Окончил техникум, пришел работать в Волховский лесхоз. Как счастлив он был услышать от директора этого лесхоза Василия Николаевича Лукина: «Молодец! Будешь работать!», — после тяжелого трудового дня, когда прошел больше 15 километров по лесной чаще на тяжелых протезах (каждый весом по 8 кг).

Он женился, родились сын и дочь. Потом была заочная учеба в Ленинградской лесотехнической академии. Во время учебы Петр Григорьевич себя не жалел, работал как все. «Иногда в день по пятнадцать километров отмахивал. ... День на работе, а вечером за книги садился», — вспоминала жена. Стал директором Волховского лесничества. Все так же оставаясь инвалидом I группы, проработал лесничим почти 40 лет. Под его руководством было посажено 2000 гектаров еловых и сосновых боров. Их так и зовут: «антиповские рощи».

Петр Григорьевич Антипов стал первым в СССР Героем Социалистического Труда в лесном хозяйстве страны. О нем был снят документальный фильм «Петр Антипов. Судьбы людские».

Петра Григорьевича Антипова, человека необычной судьбы, мужества и силы духа, знают лесоводы всей страны.

2. Герои СВО

Сергей Михайлов, потерявший ногу на СВО, снова играет в хоккей

Сергей Михайлов ушел добровольцем на СВО. В июне 2022 года он уже был на передовой.

— Допускали мысль, что можете погибнуть? — спрашивает его корреспондент.

— Умереть? За Родину? Был готов! — отвечает Сергей.

24 августа 2022 года Сергей Михайлов вместе с восемью боевыми товарищами под Донецком попали под минометный обстрел.

— Я ничего не чувствовал после взрыва, — вспоминает боец. — Был в шоковом состоянии. Помните, как говорят — перед смертью вся жизнь пролетает перед глазами? Я это видел — за секунду вся моя жизнь пронеслась передо мной. Как фильм. А потом я взглянул на ногу. Вижу — у меня нет ноги ниже колена. Кровь, лоскуты брюк. На левом плече в кармане у меня лежал жгут. Я наложил его выше колена. Потом подбежали товарищи, вкололи обезболы, записали время. Всю дорогу до точки эвакуации мои товарищи, я их называю братьями, тащили меня на носилках, которые шьют для СВО наши мамы, разговаривали со мной, чтобы я не потерял сознание. О чем я тогда думал? Успокаивал себя молитвой. Вспоминал о маме. Паники не было. Да, и вот еще: жалел, что не буду играть в хоккей. В Чувашии все дети катаются на коньках. Я встал на лед в пять лет. В моем поселке был пруд, который зимой замерзал. Там мы и катались. В школе я играл в хоккейной команде «Колос». Мы были чемпионами школы, района, а затем и Чувашской Республики.

После ранения Сергею потребовались серьезное четырехмесячное лечение и последующая реабилитация — пострадала вторая нога, а ушиб легкого спровоцировали пневмоторакс. Пришлось помучиться. Но ему дали протез, и Сергей потихоньку встал на ноги и даже снова вышел на лед. Сейчас со здоровьем все в порядке.

Хоккей — любимое хобби Сергея Михайлова, и ему очень важно было преодолеть свою немощ и неудобства от протеза, чтобы заново научиться играть. И он справился.

Илья Хохоронов тоже вернулся в спорт

Илья Хохоронов начал заниматься спортом с третьего класса. Когда началась СВО, он решил идти на помощь соотечественникам. Попал на харьковское направление СВО. Служил в минометном расчете. При выполнении одной из боевых задач подорвался на mine. Товарищ наложил ему жгут, вколол обезболивающие, тащил два километра до машины. Дальше была ампутация ноги и доставка самолетом в подмосковный госпиталь.

Он провел в госпитале 9 месяцев, были осложнения с ногой, сделали несколько операций, пришлось сделать и операцию на животе. Но Илья не позволил себе пасть духом, в госпиталях он занимался спортом с другими ранеными бойцами.

Сейчас он дома. Протез освоен полностью. Тренируется, ездит на машине на дальние расстояния. Его тренер Иван Андреевич Ситников говорит: «Когда он пришел ко мне после ранения в зал, первое от него слово я услышал

— Анатолевич, когда я буду выступать на соревнованиях?

Я был просто удивлен, как после такого ранения он рвется тренироваться. Это называется русский дух, потому что Россия, русский человек непобедимы, и никто нас никогда не победит».

«После ранения, — говорит Илья, — я хочу продолжить дальше заниматься, чтобы парни с похожей травмой не теряли голову и смысл жизни и может увидят меня, что я продолжаю заниматься, их это мотивирует и тоже начнут заниматься дальше и поймут, что жизнь не остановилась». Жизнь продолжается. Главное — не сдаваться. Его будущее — это покорение новых спортивных высот. А на работе, куда Илья вернулся после СВО, его повысили в должности.

О мужестве своих товарищей, о своем участии в спецоперации Илья рассказывает сегодняшним подросткам — будущим защитникам Родины. В родной школе, где учился Илья Хохоронов, его фотография — на стенде «Герои нашего времени».

Разговор с детьми героя России Ивана Москалькова

Меня зовут Иван, мне 37 лет. Я из Омска. Ребята, найдите этот город на карте России. И запомните, что все мы из разных городов и сел приехали в зону СВО, чтобы защитить вас.

По образованию я военный, когда мне исполнилось 12 лет родители отдали меня в Суворовское училище, там я закончил школу. Потом продолжил учебу и стал профессиональным военным. Воевал в Чечне, а когда началась СВО, мы с отцом, он тоже военный, заключили

контракт и стали воевать рядом, плечом к плечу. Он полковник, я капитан, и оба в разведке.

Я был тяжело ранен, и сейчас я в госпитале. Расскажу свою необыкновенную историю, как остался жив. Взрывом мне оторвало ногу и сильно контузило. Только и успел наложить жгут, чтобы остановить кровь. И сразу потерял сознание. Это было 24 сентября 2023 г. Пришел в себя, т.е. стал понимать кто я и где я, только в конце октября, когда очнулся уже в Военно-медицинском госпитале в Санкт-Петербурге. На месте ранения был большой шов, и я с любопытством рассматривал место, где раньше была моя нога. В истории моей болезни было записано, что я в течение месяца перенес 4 клинических смерти. Хотя врачи говорят, что это невероятно. Такого в их практике никогда не было. Я, конечно, ничего не помню.

Только вот когда я в окопе уже собирался умирать, передо мной появился старец с большой бородой и крестом на одежде. Он смотрел на меня очень по-доброму. Он сказал, что у меня есть и плохие дела и хорошие, потом указал вверх и проговорил: «Там для тебя есть место. Ты готов?». Я ответил: «Нет, мне надо попросить прощения у тех, кому сделал плохое», — и я стал всех вспоминать и молиться. Потом все исчезло. Сейчас я только об этом и думаю, почему Бог оставил меня жить? Зачем я Ему нужен именно тут?

Отец мой погиб в тот же день, когда я был ранен, и это моя самая большая боль. Когда я учился в Суворовском, то много читал об этом великом полководце. Воспитывал свой характер, закалялся, много занимался разными видами спорта. Стал мастером спорта по стрельбе. И за боевые заслуги получил 4 медали «За мужество». Мой отец — самый важный для меня человек, пример отца, военного и верного друга. У Суворова есть такие слова: «Возьми за образец себе героя, поравняйся с ним, обгони! Слава тебе! Ты русский!»

Да, я русский. И моя кровь — от отца! Вечная ему память!

Смогу ли быть достойным его, зависит теперь от меня — для это стоит жить. После госпиталя хочу вернуться на службу. Пусть и не протезе. Если возьмут.

Ребята, изучайте Суворова и находите достойные примеры для жизни!

О любви

Боец Илья служил в части ПВО, на станцию попал снаряд, был сильный пожар, Илья сильно обгорел и был в крайне тяжелом состоянии, ожоги общей площадью 70% тела с повреждением глаз и поте-

рей зрения. Попал в реанимацию, где был крещен страха ради смертного сестрами-добровольцами. После чего постепенно его состояние улучшилось, из родного города приехала его невеста, по образованию медсестра, бережно и трепетно несколько месяцев ухаживала за ним, устроилась здесь же на работу медсестрой, а все свободное время проводила с Ильей в госпитале.

Илья стал поправляться и вскоре был выписан, вместе со своей девушкой улетел домой. Через некоторое время они поженились. Сейчас в семье растет сын.

Говорит подполковник Федорович

Меня зовут Федорович Даниил Михайлович. Расскажу о своем ранении. Мы однажды нашли карту командира артиллерийского подразделения противника, где были обозначены позиции наши и соответственно, их. Это была реальная рабочая карта. И было принято решение о разведке местности.

Вот во время разведки я и напоролся на мину. Хлопок, и все черно. Ты падаешь, и там видно сразу, что у тебя нету ступней — просто торчит кости.

Дальше помощь мне, потом началась процедура эвакуации, госпиталь. Ну ладно, надо жить — будем жить. Что потом будет, оно потом. А сейчас надо себя такого принять. Нога не отрастет, ее уже не будет — соответственно, надо дальше как-то жить. И понятно, что не нужно стесняться. Ну нет, ты не инвалид, ты просто человек с особенностями.

У меня сейчас есть протез, на котором я там могу дать фору любым здоровым и целым людям. Скалолазанием занимаюсь, легкой атлетикой, стрельбой из лука. Когда я стрелял из автомата в положении стоя, то понял, что мне на протезе стреляется лучше — уперся и все, ты стоишь, блокировался, тело вперед и все прямо четко работает. В такие моменты я понимаю, что даже в ранении и протезе есть свои плюсы.

А вообще после ранения ясно понимаешь, что жизнь в любой момент может кончиться. Вот была — и нет ее, вмиг. Так что нужно проживать на всю катушку каждый день — сделать что-то новое, чего-то достичь, добиться, да даже просто весело, с улыбкой этот день прожить.

Спасибо большое докторам и военным врачам за то, что дали мне возможность жить, спасибо министру обороны и главнокомандующему за то, что реализует программу, которая дает и дальше служить Родине.

Спасибо моим детям и моей жене за то, что поддерживают и дают стимул жить и двигаться вперед.

Победа однозначно будет за нами, потому что за нами стоят победы наших предков, которые нам нельзя просто задвинуть и забыть. Победа будет за нами, и тогда наступит мир во всем мире.

Добродетель надежды в паллиативном сестрическом служении

1. Определение надежды (<https://shkolamil.ru/>)

Сестре милосердия важно уметь помочь раненому и тяжелому больному не увлечься, не обмануться ложной надеждой и не поддаться отчаянию.

Надежда всегда направлена на медицинские, социальные и духовные аспекты и потенциально может быть использована при лечении.

В медицинском контексте надежда в основном понимается как надежда на выздоровление. Каждый больной надеется, что его заболевание закончится выздоровлением и восстановлением здоровья.

В социальном контексте надежда в основном понимается как надежда после выздоровления обеспечить свое дальнейшее благополучное существование, проживание и самообеспечение. Это питание, одежда, квартира, социальные услуги и блага.

В духовном контексте это упование, что болезнь послужит искуплением грехов, очищению души и тела, и Господь после выздоровления все управит к лучшему. В этом смысле надежда есть проявление глубины веры и упования на Бога.

Надежда сильна и уязвима одновременно, она может исчезать, давая место своему антиподу — отчаянию, — и возникать снова, раз за разом возрождаясь, как феникс из пепла. Она остается, даже если, — по словам преподобного Иустина Поповича, — то, на что она возлагалась, не осуществляется. Как показывают практические жизненные наблюдения, человек сохраняет надежду даже в самых крайних ситуациях, когда возможность выздоровления уже отсутствует.

Надежда — это всегда отношение между человеком и временем. Люди, по существу, живут сознанием времени. Для понимания любого человеческого опыта необходимо учитывать три временных измерения: прошлое, настоящее и будущее.

Будущее вносит уникальный вклад в человеческое существование и необходимо для понимания этого существования. В соответствии с этим, надежда всегда направлена в будущее.

Отношение между людьми и временем является дуалистическим. Люди чувствуют себя одновременно и лишенными свободы, и освобожденными временем.

Надежда является ключевым фактором укорененных трех временных измерений. Она существует по причине событий прошлого, дает жизненную энергию в настоящем, обретает силы по причине будущего.

Например, врач или сестра милосердия лечили тяжелого больного. Этот больной был на грани смерти или у него развилось тяжелое осложнение. Он должен был умереть. Но выжил после молитв родственников и сестер милосердия, помазания святым елеем. Это свидетельство того, что такие случаи бывают, и пример такой возможности нужно использовать в настоящем, и в будущем это может помочь другому больному.

Случай 1. Сестры милосердия приходили к больной в реанимационную палату, помазывали ее святым елеем. Рядом лежала некрещеная женщина, она была в тяжелом состоянии, но в сознании. Каждый раз, когда приходили сестры милосердия, она их ругала, поносила бранными словами и спрашивала, зачем они беспокоят всех, и ее в том числе. Но в определенный момент, увидев рядом сестру милосердия, эта больная попросила, чтобы ее покрестили, так как уверовала в Господа. Она была крещена и через несколько минут скончалась.

Случай 2. Неверующий мужчина с саркомой бедра, последняя стадия. Его супруга купила камень с изображением преподобного Серафима Саровского, и привязала этот камень на ночь к его ноге, и молилась о своем супруге. Наутро, когда больной проснулся, никакой опухоли не было. Наступило полное клиническое выздоровление.

Данные примеры из личного опыта могут укрепить надежду на излечение у больных, чье выздоровление практически нереально.

Бывают безнадежные больные, безнадежные с медицинской, но не с духовной точки зрения. Для Бога безнадежных нет.

Случай 3. Больная в реанимационной палате получила осложнение в виде синус-тромбоза, находилась без сознания, при соответствующей клинической картине. Для врачей-реаниматологов она была совершенно бесперспективна, т.е. безнадежна, но по молитве родственников, после ежедневного окропления святой водой и помазания святым

елеем неожиданно пошла на поправку и через некоторое время наступило полное клиническое выздоровление.

Случай 4. Больная, имеющая опухоль IV стадии с метастазами в позвоночник, была полностью обездвижена. В течение двух лет сестры милосердия пытались помочь больной обрести веру. Но она была категорически против. Даже священнослужитель, окормлявший больную, потерял всякую надежду на изменение ее духовного состояния. Когда больная сказала о том, что она уверует в Бога только тогда, когда пообщается с умершими родственниками, священник, потеряв надежду, развернулся и ушел из палаты. Интересно, что вскоре после этого Господь по Своей милости восхитил на сутки ее душу в потусторонний мир, где она встретила со своими усопшими родными. После этого, придя в себя, она участвовала во всех Таинствах Церкви и через несколько месяцев умерла глубоко верующим человеком, надеющимся на жизнь вечную.

2. Надежда в богословии

Понимание надежды имеет два ключевых момента: Бог присутствует в страданиях людей и Бог обещает лучшее будущее. Об этом неоднократно говорится в Писании. Так, Псалтирь Давида обещает: «Не постыдятся все надеющиеся на Тебя» (Пс. 24, 3). Надежда — это добродетель, которая находит свою опору в Божественной сущности.

Из этого тезиса видно, что надежда для верующего человека строится на полном доверии Богу и вере в Него. В христианстве существует сильная устойчивая связь между надеждой и тремя временными измерениями.

Христианин в настоящем имеет надежду на будущее по причине прошлого, зная историю общения Бога с людьми. Тяжелобольной в Капернауме исцеляется Господом после отпущения грехов (Мк. 2, 5). Человек, 38 лет пролежавший у купели, исцеляется Господом по причине милости Его (Ин. 5, 1–15). Вартимей, слепой от рождения, в мгновение ока по Божией милости прозревает (Мк. 10, 46–52). Многочисленные случаи исцелений больных Господом Иисусом Христом доказывают, что там, где Он вмешивается, «нарушается естества чин», то есть перестают действовать естественные физиологические законы.

Священная история общения Бога с людьми в Ветхом Завете показывает то же самое. Бог наказывает Мариам проказою, но Сам же ее исцеляет (Чис. 12, 1). Пророк Елисей исцеляет больного проказой (4 Цар. 5, 1–19). Святой Пророк Божий Илия воскрешает умершего

отрока (3 Цар. 17, 7–24). В Библии и в Священной истории Ветхого Завета приведено множество случаев развития заболеваний вследствие преслушания Богу и выздоровления после покаяния и молитвы.

Второй момент. Христиане могут надеяться, т.е. иметь надежду по причине настоящего. Т.е. это личный опыт помощи Божией в своей жизни по молитве о выздоровлении страждущего человека. Это может быть помощь человеку после участия в Таинстве Церкви, после которого он испытывает укрепление в своей болезни или обретает стабильное состояние, если это заболевание хроническое.

Надежда имеет своей причиной и будущее — обещание Господа пребывать с человеком до конца жизни и даровать ему Царство Небесное. Человек надеется на то, что его земные страдания и духовные, и душевные, и телесные в определенное время закончатся и наступит время, когда не будет ни болезней, ни печали, ни воздыхания, но жизнь бесконечная. Поэтому надежда влечет за собой терпение. Итак, надежда для христианина укоренена в уповании на Бога. Время дает человеку историческую индивидуальность, а также, с богословской точки зрения, индивидуальность эсхатологическую.

Для выработки несомненной надежды на благое будущее, особенно у тяжелых и терминальных больных, сестре милосердия и православному врачу необходимо опереться на положительный опыт прошлой жизни самого больного, вспомнить, когда, на каких жизненных отрезках Господь помогал ему в тех ситуациях, которые он считал безвыходными. Необходимо использовать опыт Священного Писания, Священного Предания и конкретных случаев помощи Божией в современном мире, в личной сестрической и врачебной практике, практике других сестер милосердия. Для этого необходим постоянный обмен опытом между врачами и сестрами милосердия, где они могут поделиться друг с другом случаями помощи Божией безнадежным больным.

3. Надежда и ложная надежда в контексте страданий

Надежда — это способность быть спокойным и твердо уверенным, что все, что будет, в том числе во время болезни, во время и после операции, выздоровления или инвалидности, или осложнения, устроится Богом ко благу и спасению души наилучшим образом, как в жизни временной, так и в жизни вечной.

В старинной молитве Оптинских старцев есть такие слова: «Благодарю тебя, Господи, за все, что со мной будет, ибо твердо верую, что все, посылаемое Тобой, содействует ко благу».

Может ли надежда истощаться? Может. Ее подрывает тяжелое физическое состояние, душевные и физические муки. Потеря и даже просто оскудение надежды ведут к потере мира и спокойствия души, сильным душевным страданиям. Однако, к счастью, надежда имеет свойство теплиться даже в ситуации сильнейшего страдания, даже когда надеяться не на что.

Случай 5. У одной сестры милосердия, москвички, была большая опухоль головного мозга. Операция могла привести к очень тяжелым последствиям, которые инвалидизировали бы больную. Больной, кроме как на Бога и на себя, надеяться было не на кого. Никакой помощи, сын на руках и низкая заработная плата. Но с упованием на Бога она приложилась к святыням, надела на голову обруч Иоанна Крестителя, в дальнейшем молилась перед мощами преподобного Серафима Саровского и в его монастыре какое-то время несла послушания. Через некоторое время повторное исследование МРТ показало, что никаких признаков опухоли нет. Она стала здоровым человеком, впоследствии сестрой милосердия, служащей Богу.

Надежда теплится, даже когда не на что надеяться. Поэтому она вносит существенный вклад в продолжительность и качество остающейся жизни. Умение пользоваться этой добродетелью и поддерживать ее в больных крайне важно для сестры милосердия и православного врача.

Надежда на продолжение жизни после смерти остается даже при приближении смерти. Она помогает противостоять желанию прервать жизнь посредством эвтаназии.

Только неверующий человек, не принимающий бытия Божия, существования потустороннего мира и Царства Небесного, не имеет надежды на вечную жизнь. Поэтому жизнь со страданием для него бессмысленна, он стремится прервать свою жизнь при помощи эвтаназии, то есть совершить медицинское самоубийство.

При этом необходимо помнить о губительности ложной надежды. В медицинской практике ложная надежда противоположна надежде истинной. Это упование на современные медицинские технологии и лекарства, которые якобы могут решить любую проблему и принести выздоровление от любой болезни без Божией помощи. Это и вера в то, что любую болезнь можно сразу правильно и полностью диагностировать. Это и уверения медицинского персонала, знающего перспективу негативного развития заболевания, что все разрешится благополучно и будет хорошо. Не подать ложную надежду, но укрепить истинную —

особая трудная тема в разговоре с родственниками пациента при паллиативном кормлении тяжелых больных.

Верующий человек укрепляется надеждой на слова Спасителя: «Блажен человек, который переносит искушение, потому что, быв испытан, он получит венец жизни» (Иак. 1, 12). Таковой переносит все с благодарением, доверяет Богу свое страдание и обретает Царство Небесное.

Надежда пациентов, в том числе тяжелораненных, при паллиативном лечении часто направлена на способность жить полной жизнью в настоящем, на непостыдную мирную христианскую кончину, на прекращение боли после смерти и хорошее будущее для родственников и любимых, остающихся на земле.

Для укрепления надежды у пациента священнику, православному врачу или сестре милосердия необходимо сотрудничать с семьей, родственниками и медицинским персоналом, непосредственно занимающимся лечением больного: лечащим врачом, медсестрами, санитарками, сиделками.

Надежда есть **внутренняя и внешняя**, на которую также необходимо обращать пристальное внимание. Внешняя надежда — это надежда на Промысл Божий, дабы все внешние обстоятельства устроились не как лучше с мирской точки зрения, а как угодно Богу. Потому что это и есть лучшее.

О нейрохирургической специфике

1. Патологии головного мозга

На нейрохирургическом отделении лежат бойцы с поражениями головного и спинного мозга, а также периферических нервов, то есть рук и ног. Если не учитывать военную специфику, то это опухоли головного мозга, аневризмы, всевозможные сосудистые патологии, позвоночные грыжи и нарушения периферических нервов.

Причем если раньше на нейрохирургии занимались, допустим, геморагическими инсультами, то есть кровоизлияниями в мозговую ткань, то сейчас мы имеем те же самые кровоизлияния, только вызванные огнестрельными ранениями и минно-взрывными осколочными поражениями.

В голову может попасть несметное количество осколков. Раненые, которые выживают, потом переходят на общее отделение и в принципе нормально восстанавливаются.

Необходимо акцентировать внимание на черепных больных. Здесь важно следить за сознанием больного. Он может впасть в состояние спутанного сознания, и это значит, что у него нарастает мозговой отек. Это состояние требует срочного перевода в реанимацию. Очень важно такое состояние заметить и сразу сказать постовой сестре, любому из медперсонала.

2. Поражение спинного мозга

Очень много ранений в спинной мозг. Например, на отделении лежит пациент, у которого ранение в грудной отдел и полное поражение спинного мозга. Вся нижняя часть обездвижена, не работают органы малого таза. Он не чувствует ни мочеиспускания, ни дефекации, нет никакой ни тактильной, ни болевой чувствительности. Можно было бы ожидать от него более тяжелого психического состояния, но, к счастью, мы этого не наблюдаем. К нему приехала жена. Но и до ее приезда это был совершенно нормальный человек, никаких эксцессов, никакой подавленности. Сильный мужчина.

Таких раненых есть по несколько человек на разных отделениях, и за ними много ухода. Нужно сливать мочу из мочеприемника, потому что они, как правило, лежат с мочевыми катетерами и мочеприемниками. Клизмы им делают, но они все равно ходят самопроизвольно под себя в памперс, то есть требуется обработка. Тут можно просто помогать младшему персоналу. Собственно говоря, при определенной сноровке перестилать этим больным, поворачивать их для предупреждения пролежней и обрабатывать их несложно.

3. Осколочные ранения рук и ног

Поражение периферических нервов в основном связано с ранениями рук и ног, когда в результате огнестрельных или осколочных ранений ломаются кости, поражаются нервы. Такие раненые, как правило, все с аппаратами Илизарова. Это нарушает свободу их передвижения. Это, можно сказать, самые легкие больные. Тем, у кого поражен головной и спинной мозг, конечно, гораздо тяжелее.

Уход тут, в общем-то, обычный. Так же, как и при обычных спинальных проблемах, особенно если они обездвижены. Основную опасность представляют пролежни. Слава Богу, есть противопролежневые матрасы. Хотя даже на них пациенты все равно отлеживают себе пят-

ки, ягодицы, а бывает, и локти, если руки не действуют. Их нужно крутить, обрабатывать, перестилать. Это то, в чем могут помочь сестры милосердия на отделении.

В клинике термических поражений такой задачи нет, потому что раненые, хоть и ампутированные, но крутятся, вертятся, катаются на колясках. За исключением обожженных и обездвиженных. Везде своя специфика.

Особенности обращения с ранеными при контузионном синдроме

Контузия возникает в основном при взрыве снаряда, при подрыве на mine и т.д. Отрывает ногу, руку, но страдает весь организм.

Контузия включает в себя ряд синдромов. Первый синдром — это *акцелеротравма*. Это когда взрывается что-то, человека отбрасывает, и у него начинают отрываться связки, мышцы, суставы и т.д. «Акцеле» — это значит в результате какого-то перемещения; это нарушение функции вестибулярного аппарата, обусловленное действием на организм ускорения. Перемещение в данном случае совершается взрывной волной, и из-за взрывной волны оно совершается очень резко. Например, в военно-морской хирургии есть такое понятие как «палубные переломы». Это тоже акцелеротравма, когда торпеды бьют в борт корабля, то голени срезает как ножом. То есть в этот момент колеблется палуба, и этот резкий акцелеросдвиг приводит к тому, что как будто нож прошелся по голени, будто гильотина, и происходит двойной перелом обеих голеней. Пример: бортовая травма на корабле в результате торпедного удара. Акцелеротравма в результате взрыва снаряда или боезапаса может происходить и в результате подрыва на mine и т.д. То есть приводит к тому, что происходят отрывы.

Второе — *вибротравма*. Это сильное вибрационное воздействие. То есть ударная волна вызывает еще и сильнейшую вибрацию. Во время вибротравмы могут повреждаться внутренние органы. Могут быть отрывы внутренних органов.

Следующим симптомом является *баротравма*. Баротравма пазух, баротравма шеи и т.д. Она сопровождается кровотечением из носа и из ушей. На определенных этапах эвакуации есть определенные рекомендации, что нужно делать.

Смысл в том, что в результате баротравмы рвется барабанная перепонка. Сочетание вибротравмы с баротравмой приводит к тому, что

повреждаются вестибулярный и слуховой аппарат. То есть происходит повреждение вестибулярной слуховой функции, а это значит, что такой человек, если вы в истории болезни видели контузии, может быть неустойчивым. Он может идти по коридору, а потом вдруг удариться об стенку и упасть. Это раз. Второе — это значит, что у такого человека может быть понижен слух.

Если у человека было кровотечение из барабанных перепонки, то он может плохо слышать. Кроме того, так называемые контузионные вибротравмы в сочетании с *аффектотравмой* — это сильнейшее психоэмоциональное воздействие на человека, потому что если где-то рвутся петарды, и вы вздрагиваете, то представьте себе, что человек наступил на мину, его оторвало и бросило метров на пять-шесть дальше, и он переломался. У него сильный аффект, то есть психическое нарушение. Это сочетание аффектотравмы с баротравмой и вибротравмой приводит к сотрясению головного мозга и к тому, что при повреждении этих центров: слухового и речевого, человек говорит, заикаясь, или у него вообще нет речи, или речь нарушена. В процессе восстановления сначала возвращается слух, потом речь.

Такого раненого нужно сначала перевести в ЛОР-клинику, зашить барабанную перепонку и восстановить слух, а потом перевести в клинику психиатрии или неврозов. Он должен две клиники пройти, потому что на обычном отделении восстановить человека после контузии сложно. Он будет медленно говорить, речь может быть нечленораздельная.

Разговаривая с таким человеком, нужно проявлять терпение, просить его несколько раз повторить, если вы не поняли. Второе — у тех, кто прошел через это, быстро утомляются слух и обоняние. Необходимо время, чтобы все это восстановилось. Поэтому если вы человеку что-либо рассказываете, то надо говорить четко, ясно, развернувшись к нему лицом, чтобы он видел ваше лицо — губы, мимику. С ним надо разговаривать четко, быстро и поскорее дать человеку отдохнуть. Не сюсюкать по-женски, как многие у нас любят. Составьте сначала вопрос, продумайте его, потом задайте человеку. Если человек задал вам вопрос, то дайте четкий ответ, членораздельный, переспросите или заставьте его повторить какие-то самые простые вещи.

Контузии сочетаются также с повреждением костей и внутренних органов. Есть разные формы контузии, но основное, что может составить сложность в вашем труде с этими больными — это именно диалог и контакт. Нужно понимать, что такого человека надо жалеть и не давать ему повышенную нагрузку, ну и проявить терпение, если он что-то хочет сказать, а не может. Ему, чтобы высказаться, требуется усилие и время.

Минновзрывная травма — происходит контузия и человеку отрывает руку или ногу. С чем еще вы можете столкнуться? Это фантомные боли. Фантомные боли — это боли в несуществующих конечностях. Но это уже не ваша область, это область психотерапевтов, хирургов. Они проводят специальные манипуляции, отрабатывают с такими больными. Вы ничем такого больного утешить не сможете, потому что он ясно чувствует боль в несуществующей ноге. Или ему хочется ее почесать. В мозгу зафиксировалось, что эта конечность существует, а на самом деле ее уже нет.

Самое главное для этих больных — это этап реабилитации. Вы с этим не сталкиваетесь, потому что их переводят дальше. Единственное, что можно про это сказать раненому: ты должен настроиться на то, что тебе потребуются этап реабилитации, подбор протеза, адаптация к жизни, это долгий этап, подгонка протеза, он сперва натирает, и это долгий мучительный процесс. То есть таких больных надо настраивать на терпеливую реабилитацию и протезирование. Человеку будет проще, когда он заранее настроится на долгую работу, чем если будет уверен, что у него через месяц все закончится. А через месяц весь этот путь только начинается. Он столкнется с заполнением огромного количества ненужных бумажек. Он столкнется с тем, что его будут унижать. Ему придется ждать, выдерживать какую-то очередь. Начнется эта вся эпопея российского бытия. Вы сами знаете, что происходит, хотя уже даже Путин сказал: сделайте людям пожизненную инвалидность, если он инвалид первой группы. Законы должны меняться, все должно меняться, перестраиваться. Будем надеяться. А ваше дело — настроить человека на то, что ему надо будет серьезно и долго всем этим заниматься.

Теперь по поводу всяких консультаций по протезированию. К ним приходят специалисты по протезированию еще на моменте их восстановления после операции. «Отто Бокк» занимается изготовлением протезов. Это хорошая, достаточно известная фирма. И им подбирают протезы, пока они еще находятся в клинике. Когда их переводят дальше, этот процесс продолжается уже в другом месте. Но слепки, снимки, изготовление, подбор — все это делается уже на отделении, где лежит много ампутированных. Из-за этого происходит еще одна ошибка. Был момент, когда хотели оказать *юридическую консультацию* раненым, находящимся на отделении. Кому-то не пришли выплаты, у кого-то были другие проблемы. Обращаю внимание, что это тоже не наша задача. К ним приходят военные, которые занимаются именно этими вопросами. Консультируют конкретно. Приходят к одному, к другому. У них есть расписание, они заполняют бумаги. Мы вообще в это не погружаемся и не вмешиваемся. Вы можете выслушать, какая

проблема, но ничего не советовать, телефонов никаких не давать. Этим должны заниматься военные структуры.

В порядке исключения к нам обращаются штатные сотрудники с просьбой помочь в правильном прохождении документов. Тогда подключается наша сестра-юрист, имеющая знания и навыки для решения данного вопроса.

Вы можете говорить только одно: «К вам придет военный юрист, и вы с ним все вопросы решите». Если они не знают, то подскажите: «К вам придет на отделение специалист по протезированию, и вы с ним решите все вопросы о протезах».

Если боец задаст вам вопрос, на который вы не можете ответить, то действуйте через координатора. Она все эти вопросы сведет в один список и задаст главной сестре: «К нам поступили следующие вопросы, как нам правильно на них отвечать?» Это снова про субординацию и про то, чтобы не заниматься отсебятиной. Вот вы услышали про военного юриста, про протезиста, так и говорите: «К вам придет специалист, он будет с вами эти вопросы решать в плановом порядке. Если вдруг вас обошли, то спросите, пожалуйста, постовую сестру, когда он к вам придет, на когда вы записаны на консультацию».

Особенности общения с человеком с нарушением зрения

(<https://shkolamil.ru/>)

1. Этические советы

1. Исключите из общения слово «слепой».
2. Не акцентируйте внимание на зрении человека, не проявляйте излишнего любопытства.
3. Всегда представляйтесь первым, называя себя по имени, напомните, где и когда вы встречались ранее.
4. Не давайте понять человеку, что он зависит от вас — ведите себя с ним на равных.
5. Не обижайтесь, если вашу помощь отклонили.
6. Не исключайте из диалога слов «посмотри», «увидимся», для незрячего эти слова означают осязательный способ изучения предмета, действия.
7. Обходитесь без чрезмерной опеки.

8. Создавайте условия, в которых человек сможет быть максимально самостоятельным, поддерживайте его инициативу.

9. Будьте пунктуальны и ответственны.

2. Техника сопровождения незрячего человека



Рис. 2. Незрячий человек должен держать вас за руку чуть выше локтя

1. Вначале следует прикоснуться тыльной стороной руки к тыльной стороне руки незрячего, чтобы человек понял, где находится ваша рука. После этого он сможет взять вас за руку чуть выше локтя. Именно за это место он и должен держать вас.



Рис. 3. Пусть подопечный отстает от вас на полшага

2. Пусть подопечный отстает от вас на полшага, находясь немного слева или справа от вас. Скорость движения должна быть удобной для вас обоих. Периодически интересуйтесь, насколько человеку комфортно двигаться в таком темпе.



Рис. 4. В узких проходах незрячий человек идет позади

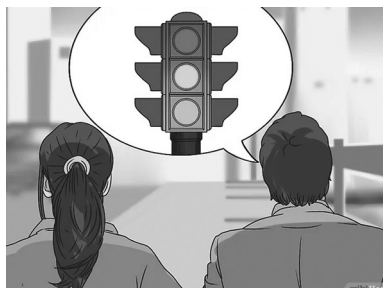
Если вам необходимо пройти через узкий коридор или толпу людей, то сообщите об этом подопечному. В узких проходах незрячий человек должен идти позади сопровождающего. Вам необходимо подстроить шаг друг под друга.

Описывайте пространство вокруг человека. Сопровождая человека, проявляйте любезность и рассказывайте обо всем примечательном, что встречается по пути.

Указывая кому-либо направление движения, мы часто используем невербальные подсказки. Однако незрячим людям направление всегда нужно сообщать вслух: «Нужно пройти прямо по коридору 50 метров до поста медсестры, а затем повернуть налево в дверной проем».

Трость — это вспомогательное приспособление для передвижения незрячего. Не берите и не перемещайте трость, не получив на это разрешения хозяина.

На улице



- Переходя через дорогу, можно озвучить сигнал светофора: «Нам зеленый», «Переход разрешен, пойдете», «Заканчивается переход», «Мы не успеем перейти дорогу, давайте подождем следующего зеленого сигнала светофора».
- Помогайте ориентироваться на звуковые сигналы светофоров.
- Пересекайте улицу в самом узком месте.
- Предупреждайте о спуске или подъеме рядом с поребриком, подходите к краю тротуару и к поребрику одновременно.

Рис. 5. Озвучивайте сигналы светофора и помогайте ориентироваться на его звуковые сигналы

В опасности

В опасных ситуациях, например, быстро движущийся автомобиль или бегущая на вас собака без поводка, когда незрячего человека необходимо предостеречь, нельзя просто одернуть его назад или в сторону. необходимо сделать это словами. Используйте однозначные слова вроде «Стой!» или «Быстрее!» Объясните суть опасности сразу после того, как минует угроза.

Автомобиль



При посадке в автомобиль сообщите, с какой стороны от автомобиля вы стоите и какую дверь открываете: «Мы находимся слева от автомобиля, я сейчас открою заднюю дверь».

Рис. 6. Посадка в автомобиль

Техника демонстрации предмета «рука под рукой»



- Если вы хотите, чтобы подопечный взял некий предмет, нужно направить его кисть или локоть в сторону этого предмета, но не брать предмет вместо него.
- При тактильном взаимодействии с предметом кисти сопровождающего должны находиться *под* ладонями подопечного.

Рис. 7. Кисть сопровождающего должна находиться под ладонями подопечного

При необходимости сесть

- Объясните, как расположен стул.
- Подойдите к стулу и поместите свою направляющую руку на спинку.
- Скажите человеку, какая это часть стула, чтобы он опустил свою руку по вашей, коснулся стула и разобрался, как на него следует садиться.

Ступеньки и лестницы

- Подходите к лестнице и поребрику под прямым углом.
- Предупредите, что перед вами ступеньки.
- Поставьте подопечного со стороны поручней, положите на них его руку.

- Укажите, что они спускаются вниз или поднимаются вверх.
- Спускайтесь впереди незрячего человека, а поднимайтесь позади него.

Двери и дверные проемы

- Убедитесь, что подопечный находится со стороны петель.
- Объясните ему, как открывается дверь.
- Откройте ее и продолжайте движение вместе с человеком, которого вы сопровождаете.
- Попросите подопечного закрыть дверь, когда оба окажетесь с другой стороны дверного проема.

3. Как предложить помощь

- Подойдите к незрячему человеку, поздоровайтесь и представьтесь. Затем предложите свою помощь.
- Например: «Я заметил, что вы хотите спуститься по лестнице и хотел бы предложить свою помощь».
- Если человеку действительно нужна помощь, он сообщит вам об этом.

Особенности общения с человеком, имеющим трудности при передвижении (<https://shkolamil.ru/>)

1. Инвалидная коляска, костыли, белая трость, собака-проводник — это часть неприкосновенного пространства людей с инвалидностью. Не дотрагивайтесь до них. Облокотиться на чью-то инвалидную коляску — это то же самое, что опереться или повиснуть на ее обладателе. Собака-поводырь работает, а не просто украшает собой хозяина — ее нельзя гладить и кормить, если не разрешил хозяин.

2. Если вам разрешили катить коляску, сначала катите ее медленно. Коляска быстро набирает скорость.

3. Всегда лично убеждайтесь в доступности мест, где запланированы мероприятия. Используйте список, спрашивайте людей, какие могут возникнуть проблемы или препятствия, чтобы их устранить. Если существуют архитектурные барьеры, предупредите об этом заранее, чтобы человек имел возможность принимать решение и планировать.

4. Не надо хлопать человека в инвалидной коляске по спине или плечу.

5. Разговаривая с человеком на инвалидной коляске или человеком маленького роста, расположитесь так, чтобы ваши глаза были на одном уровне. Вам будет легче разговаривать, а собеседнику не придется запрокидывать голову.

6. Помните, что люди, имеющие трудности с передвижением, обычно не имеют проблем со зрением, слухом и пониманием. Единственное, к чему нужно приспособиться — это к способу передвигаться.

Этика общения с людьми с ограниченными возможностями

1. Правила общения

Эти правила этикета были составлены людьми с инвалидностью, на собственном опыте знающими, насколько важно для них чувствовать себя полноценными людьми.

1. Не говорите о присутствующем человеке с инвалидностью в третьем лице, обращаясь к сопровождающим его. Все ваши вопросы и предложения адресуйте непосредственно ему самому (так нужно относиться ко всем пациентам, а не только к инвалидам, в том числе детям).

2. Не спешите на помощь человеку с инвалидностью, если вас не попросили об этом. Всегда спрашивайте, нужна ли помощь, прежде чем оказать ее. Если ваше предложение о помощи принято, спросите, что и как следует сделать и следуйте инструкциям.

3. У каждого человека есть имя. Обращайтесь к детям и подросткам с инвалидностью по имени, ко взрослым — по имени и отчеству, то есть точно так же, как и к людям без инвалидности (равноправно, без снисходительности, опеки и покровительства).

4. Разговаривая с человеком, испытывающим трудности в общении, слушайте его внимательно. Будьте терпеливы, ждите, пока он закончит фразу. Не поправляйте и не договаривайте за него. Не стесняйтесь переспрашивать, если не поняли собеседника.

5. При общении с человеком, который плохо или совсем не видит, обязательно называйте себя и тех людей, которые пришли с вами. Если у вас общая беседа в группе, то не забывайте назвать себя и пояснять, к кому в данный момент вы обращаетесь. Обязательно предупреждайте вслух, когда отходите в сторону (даже если отходите ненадолго).

6. При знакомстве с человеком с инвалидностью вполне естественно пожать ему руку (при необходимости левую, а не правую) — даже тому, кому трудно двигать рукой или кто пользуется протезом.

7. Не смущайтесь, если случайно сказали: «увидимся» или «вы слышали об этом?» тому, кто на самом деле не может видеть или слышать. Люди с инвалидностью по слуху или по зрению пользуются теми же привычными словами, потому что они тоже слышат и видят, просто по-другому. Передавая что-либо в руки незрячему, ни в коем случае не говорите: «Пощупайте это», скажите как обычно: «Посмотрите на это». А человеку на инвалидной коляске говорите не: «Подъезжайте, проезжайте» — а: «Подойдите туда», «Проходите здесь» (ездят на машине или поезде, а на коляске — ходят).

8. Чтобы привлечь внимание человека, который плохо слышит, помахайте ему рукой или похлопайте по плечу. Смотрите ему прямо в глаза и говорите четко, но не кричите. Разговаривая с тем, кто умеет читать по губам, расположитесь так, чтобы на вас падал свет и вас было хорошо видно, постарайтесь, чтобы ничто не заслоняло вас. Но имейте в виду: не все люди, которые плохо слышат, могут читать по губам. Хотя ваша хорошая артикуляция — обязательна.

И еще...

- Фокусируйтесь не на инвалидности человека, а на нем или на теме, которую вы обсуждаете.
- Если не знаете, что делать, спросите.
- Говорите нормальным тоном и языком. Если нужно громче, вас попросят.
- Инвалиды, как и все люди, сами знают, что им нужно, что им нравится и не нравится, что они могут и чего не могут делать.
- Инвалиды интересуются теми же темами и сюжетами, что и люди, не имеющие инвалидности.
- Инвалиды хотят участвовать в жизни общества.
- Допустив ошибку, извинитесь, поправьте себя и продолжайте беседу, сделав для себя выводы на будущее.

2. Допустимые и недопустимые формы обращения

Используйте следующие слова и понятия, не создающие стереотипов	Избегайте следующих слов и понятий
Человек с инвалидностью (используемый в законах и нормативах официальный термин «инвалид» — допустим, но не рекомендуется к употреблению в речи и в текстах)	Человек с ограниченными возможностями / способностями, больной, искалеченный, покалеченный, калека, неполноценный, человек с дефектом / недостатком здоровья

Человек без инвалидности	Нормальный / здоровый человек
Человек, использующий инвалидную коляску, человек, передвигающийся на коляске, человек на коляске, человек на кресле-коляске	Прикованный к инвалидной коляске, паралитик, парализованный, «колясочник». человек на кресле-каталке
Человек с инвалидностью с детства / с врожденной инвалидностью, инвалидность с детства, врожденная инвалидность	Врожденный дефект / увечье / несчастье
Имеет ДЦП (детский церебральный паралич), человек (ребенок, дети) с ДЦП	Страдает ДЦП, болеет ДЦП, ДЦП-шник
Человек, перенесший полиомиелит, человек, который перенесший болезнь, имеет инвалидность в результате ...	Страдает от полиомиелита / от последствий полиомиелита, жертва болезни, кривоногий, стал инвалидом в результате...
Человек с особенностями развития / с особенностями в развитии, человек с ментальной инвалидностью / с особенностями ментального развития / с особенностями интеллектуального развития	Умственно отсталый, слабоумный, умственно неполноценный, «тормоз», имбецил, дебил, отсталый, человек с задержкой / отставанием в развитии / нарушением развития, с интеллектуальной недостаточностью, с умственной отсталостью
Дети с инвалидностью	Дети-инвалиды
Дети с особыми образовательными потребностями	Школьники-инвалиды, официальный термин «дети с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ)»
Человек с синдромом Дауна, ребенок (дети) с синдромом Дауна	«Даун», «монголоид», «даунята» (о детях с синдромом Дауна), человек с болезнью Дауна
Человек с эпилепсией	Эпилептик, припадочный, страдающий эпилептическими припадками
Человек с особенностями психического развития, человек с особенностями душевного или эмоционального развития	Псих, сумасшедший, люди с психиатрическими проблемами, душевнобольные люди, люди с душевным / эмоциональным расстройством
Незрячий, слабовидящий человек, с инвалидностью по зрению	Слепой (как крот), совершенно слепой, человек с нарушением зрения
Собака-проводник	Собака-поводырь
Не слышащий, слабослышащий человек, с инвалидностью по слуху, пользующийся жестовым языком	Глухонемой, глухой (как пень), человек с нарушением слуха, человек (ребенок) с остатками слуха, использующий язык жестов
Говорящий на жестовом языке	Немой
Жестовый язык (такой же язык, как русский, английский или любой другой)	Язык жестов (это «самодельный» способ общения для иностранца, не владеющего местным языком, когда нет переводчика)
Переводчик жестового языка	Официальный термин «сурдопереводчик»

Часть 2. МЕДИЦИНСКИЕ И ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СЛУЖЕНИЯ РАНЕНЫМ В ГОСПИТАЛЕ

Профилактика пролежней

Адекватная профилактика пролежней позволяет предупредить их развитие у больных группы риска более, чем в 80% случаев. Применение современных изделий различной абсорбционной способности и средств по уходу за кожей приводит к снижению частоты возникновения пролежней в 10 раз.

1. Стадии пролежней

Стадия I

Устойчивая гиперемия кожи, не проходящая после прекращения давления; кожные покровы не нарушены.

Стадия II

Стойкая гиперемия кожи; отслойка эпидермиса; поверхностное (неглубокое) нарушение целостности кожных покровов (поверхностной язве, в виде потертости, пузыря или плоского кратера).

Стадия III

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

Стадия IV

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

В стадиях III и IV возникает опасность септических осложнений¹.

2. Профилактические мероприятия

- Ранее выявление рисков, составление индивидуального плана ухода.
- Контроль общего состояния пациента.

¹ Рис. 8. Стадии пролежней (цветные рисунки стадий пролежней и мест их образования см. на 3-й странице обложки).

- Соблюдение правил укладки (позиционирования) пациента.
- Соблюдение режима смены положения тела пациента (смена каждые 2–3 часа).
- Контроль состояния кожи и слизистых пациента. Осмотр кожи при каждой смене положения пациента (каждые 2–3 часа).
- Безопасная техника перемещения пациента по кровати при смене положения тела.
- Своевременный и полноценный гигиенический уход.
- Применение специальных профессиональных средств ухода за кожей, соответствующих ее типу и состоянию. Недопустимо использовать негативные технологии для профилактики и лечения пролежней (они будут перечислены ниже).
- Соблюдение правил и последовательности обработки кожи (очищение; тонизация, питание, увлажнение; защита).
- Защита кожу от воздействия агрессивной среды (моча, кал) и трения.
- Тщательный подбор и правильное применение впитывающих средств (абсорбентов) при недержании мочи / кала.
- Оптимальное покрытие на кровать (например, специальный противопролежневый матрас).
- Полноценное питание с достаточным содержанием белка (не менее 120 г в сутки), витамина С (500–1000 мг аскорбиновой кислоты в сутки), микроэлементов.
- Достаточное поступление жидкости (примерно 25–30 мл / кг) с учетом состояния пациента и рекомендаций врача.
- Контроль работы кишечника и мочевого пузыря.
- Активизация пациента, дыхательная гимнастика.
- Контроль сна и своевременная коррекция бессонницы.
- Контроль боли и своевременная коррекция боли.

3. Средства ухода за пролежнями

Для санитарной обработки кожных покровов используют кожные антисептики, не содержащие спиртов, обладающие моющим эффектом.

Для лечения *I стадии* пролежней необходима трехэтапная обработка участка тела, подверженного сдавливанию (очищение, увлажнение, защита кожи).

1. Обработка физиологическим раствором, просушивание.
2. Мази с цинком; пленочные повязки; гидрогелевые повязки, сетка с мазью и пленка (вторичная повязка).

АЛГОРИТМ ОБЩИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ПРОЛЕЖНЕЙ



1. Индивидуальные гигиенические процедуры с регулярной обработкой кожи влажной губкой, а если это возможно, мытье струей воды или под душем.



2. Контроль качества и количества потребляемой пациентом пищи (полноценное сбалансированное питание, микроэлементы, витамины). Контроль достаточного потребления жидкости.



5. Контроль положения пациента (лежащего или сидящего) во избежание давления в области костных выступов.



6. Смена положения тела каждые 2 часа (лежащий пациент) и каждый 1 час (сидящий пациент).



3. Наблюдение за возможностью самостоятельного регулярного мочеиспускания и процесса дефекации.



4. Придание пациенту оптимального положения в постели, снимающего давление в области костных выступов.



8. Исключение неблагоприятных позиций тела с давлением на большую вертлгу бедра или рану.



9. Установка изголовья кровати с наименьшим углом, обеспечивающим комфортное положение (но не выше 30°), если иное не предписано врачом (медсестрой).



10. Использование дополнительных приспособлений для стимуляции самостоятельных действий пациента (перекладина или трапеция над кроватью).



7. Применение подушек и специальных приспособлений на перной основе для удержания тела пациента в оптимальном положении. Не применять подкладные круги и валики!



11. Поддержание мышечной активности физическими упражнениями, но без интенсивного растяжения области голени.



12. Не растирайте зоны покраснения кожных покровов в области костных выступов!

Рис. 9. Противопролежневые мероприятия

Другие варианты:

- «Бадяга форте» гель (улучшает местное кровоснабжение тканей);
- «Аргокрем серебросодержащий» (противовоспалительное действие);
- крем защитный с аргинином (для защиты кожи в местах, подверженных риску образования опрелостей и пролежней; заживление кожи);
- бальзам «Календула» (противовоспалительное, ранозаживляющее);
- крем «Бепантен».

Для лечения *II стадии* пролежней:

1 вариант (закрытая рана):

1. Обработка краев раны, раны физиологическим раствором, водным антисептиком, затем просушивание.

2. На отслоившийся эпидермис:

- нетканые повязки, губки, гидрогелевые повязки, сетки (первичная повязка),
- нетканые повязки, губки, пленки (вторичная повязка).

2 вариант (открытая рана):

1. Обработка краев раны, раны физиологическим раствором, водным антисептиком, затем просушивание.

2. Для заживления поверхностных повреждений кожи:

- губки, альгинаты, гидроколлоиды, сетка с мазью («Бранолинд»), повязка с мазью (бетадин, аргосульфам, офломелид, левомеколь, метилурацил, солкосерил, актовегин) (первичная повязка),
- нетканые повязки, губки, пленки (вторичная повязка).

Лечение пролежней *III стадии* возможно исключительно по назначению и под наблюдением врача. Существует несколько групп препаратов, применение которых зависит от фазы раневого процесса. На этапе некротически-воспалительных изменений применяют местные антисептики (раствор Бетадина, мирамистин), некролитические препараты (трипсин, химотрипсин, терилитин, коллагеназа), гиперосмолярные препараты и противовоспалительные средства (гидрокортизон, дексаметазон).

На *IV стадии* лечение заключается в некрэктомии, очищении пролежневой раны и стимуляции регенерации заживающей язвы. Медикаментозная терапия схожа с таковой, применяемой при лечении пролежней *III* стадии.

4. Негативные технологии для профилактики и лечения пролежней

Средства и технологии из нижеприведенного перечня нельзя использовать для профилактики и лечения пролежней, несмотря на их даже до настоящего времени широкое распространение¹:

- бриллиантовый зеленый 1–2% спиртовой или водный р-р,
- калия перманганат раствор,
- фукорцин раствор и другие красящие средства,
- гексахлорофен раствор,
- хлоргексидин раствор,
- повидон-йод раствор (может применяться по ограниченным показаниям),
- спирт камфорный,
- спирт этиловый 95–96%, 90%, 70%, 40%,
- одеколон,
- соляно-коньячный раствор,
- салициловая кислота раствор,
- перекись водорода раствор (может применяться по ограниченным показаниям),
- разведенный раствор спирта (водки) в сочетании с шампунем,
- картолин мазь,
- линимент бальзамический по А.В. Вишневскому,
- растительные средства народной медицины, имеющие дубильный (вяжущий) эффект (кора дуба, кора ивы, калганый корень, настой зеленого грецкого ореха, скумпия и др.),
- резиновый круг (резиновое судно), ватно-марлевые круги, матерчатый «бублик»,
- массаж «рискованных» участков тела,
- гигиенические мероприятия без использования профессиональных (косметических) средств, медицинских изделий по уходу за кожей, например, лосьонов, пенки, кремов, защитных пленок и др.

¹ ГОСТ Р 56819-2015.

Уход за протезом

1. Уход за протезом необходимо проводить ежедневно.
2. Для удаления частичек кожи и пота внутреннюю поверхность культеприемной гильзы необходимо протирать влажной салфеткой. Чистая внутренняя поверхность гильзы поможет избежать раздражения кожи.
3. При использовании лайнера (силиконового чехла) обеспечивать ежедневный уход за чехлом согласно прилагаемой инструкции по использованию.
4. Протез нельзя держать в сыром месте и оставлять вблизи нагревательных и отопительных приборов (устройств) во избежание деформации приемной гильзы.
5. Необходимо избегать сильных ударов протезом и по протезу, не поднимать и не переносить значительные тяжести, превышающие разрешенную нагрузку на детали протеза и стопы. Исключение составляют рабочие протезы, специально предназначенные для выполнения рабочих операций.
6. Внутреннюю поверхность пластиковых гильз необходимо регулярно (не реже 3 раз в неделю) протирать влажной материей с мыльным раствором и тщательно просушивать.
7. Наружную поверхность пластиковых гильз следует протирать намыленной влажной материей не реже чем раз в месяц. Крепление тесьмой (помощь через плечо) мыть щеткой с мылом по мере загрязнения.
8. Трущиеся металлические части протеза и шарнирные соединения необходимо осматривать 1 раз в 1–2 месяца, при необходимости смазывать машинным маслом или техническим вазелином согласно прилагаемой инструкции по использованию. Эти мероприятия предохраняют соединения от быстрого изнашивания и облегчают пользование протезом. Если вам что-то не нравится в работе протеза или появились непонятные звуки, то необходимо обратиться к протезисту. Самостоятельно ремонтировать протез не рекомендуется, так как вы можете утратить возможность гарантийного обслуживания.
9. Содержать чехлы в чистоте. Шерстяные и хлопчатобумажные чехлы своевременно стирать, силиконовые — протирать и/или мыть.
10. Если при пользовании протезом гильза становится свободной, необходимо пользоваться чехлами (выдаются в количестве 4 штук к протезу). Поочередно надевая чехлы, можно регулировать объем культы. Если протез свободно надевается на культю с 4 чехлами, необходимо обратиться на протезное предприятие для подгонки гильзы протеза

или ее замены. При наличии вакуумного крепления протеза на культe чехлы не используются. В этом случае необходимо сразу обратиться к протезисту.

11. По медицинским показаниям возможна замена гильзы протеза.

Уход за пациентом с аппаратом внешней фиксации (аппаратом Илизарова)

1. Уход за аппаратом внешней фиксации (аппаратом Илизарова): обработка кожи в местах проведения спиц (стержней), самих спиц и фиксирующих резиновых пробок раствором антисептика. Обработку осуществляют ежедневно или через день.

Порядок ухода за аппаратом внешней фиксации (аппаратом Илизарова)

1) *Подготовить пациента:*

- идентификация, оценка состояния (при необходимости обезболить до перевязки), получить устное согласие.

2) *Подготовить оборудование/оснащение для перевязки:*

- спиртовой антисептик для обработки рук,
- индивидуальный стерильный лоток/емкость для перевязочных средств,
- индивидуальный стерильный хирургический инструмент (зажим/пинцет),
- спиртовой антисептик (40% раствор этилового спирта, 0,5% раствор хлоргексидина),
- стерильные марлевые шарики/салфетки,
- стерильные марлевые салфетки («штанишки») для спиц,
- СИЗы (перчатки, маска),
- емкость(и) для дезинфекции/утилизации медицинских отходов.



Рис. 10. Аппарат Илизарова

Обработка:

- обработать руки гигиеническим способом (помыть руки с мылом или обработать спиртовым антисептиком);
- надеть маску, чистые, не стерильные перчатки;
- инструментом отложить в лоток необходимое количество стерильных марлевых шариков/салфеток и салфетки («штанишки») для спиц;
- взять инструментом стерильный марлевый шарик/салфетку, смочить спиртовым антисептиком, обработать пробку и участок спицы сверху над пробкой примерно на 3 см, сбросить шарик/салфетку в емкость для дезинфекции/утилизации медицинских отходов. Обработать подобным образом остальные места установки спиц;
- отодвинуть инструментом пробки от кожи вверх;
- удалить инструментом старые марлевые салфетки («штанишки») и сбросить в емкость для дезинфекции/утилизации медицинских отходов;
- осмотреть кожу в области контакта со спицами с целью своевременного выявления признаков воспаления (см. ниже);
- взять инструментом стерильный марлевый шарик/салфетку, смочить спиртовым антисептиком, обработать кожу и спицу до пробки, сбросить шарик/салфетку в емкость для дезинфекции/утилизации медицинских отходов. Обработать подобным образом остальные места установки спиц;
- взять инструментом стерильную марлевую салфетку («штанишки») для спиц, смочить спиртовым антисептиком и установить на спицы. Недопустимо накручивать цельную салфетку на спицу, так как при этом образуются конической формы вдавления кожи. Установить подобным образом стерильные марлевые салфетки («штанишки») на все спицы;
- с помощью инструмента несильно прижать салфетки («штанишки») к коже резиновыми пробками;
- сбросить оставшийся материал, инструмент, лоток в емкость(и) для дезинфекции/утилизации медицинских отходов;
- снять и утилизировать перчатки;
- обработать руки гигиеническим способом (помыть руки с мылом или обработать спиртовым антисептиком);
- уточнить состояние пациента.

Заключительный этап:

- провести дезинфекцию поверхностей и инструментария;
- сделать запись о проведенной манипуляции.

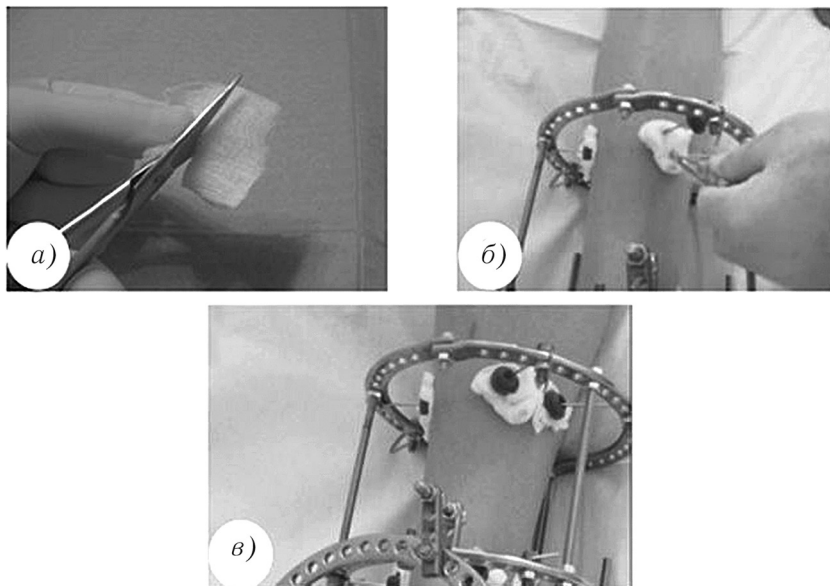


Рис. 11. Некоторые этапы перевязки:

- а* — первый этап: для изготовления салфетки-штанишек возьмите стерильную салфетку 5×5 см и разрежьте ее до середины; *б* — второй этап: во время перевязки «обнимите» разрезанными сторонами салфетки спицу внахлест; *в* — третий этап: сдвиньте резиновый фиксатор, прижав салфетку к коже, но не вдавливая ее в мягкие ткани

Контроль состояния пациента, осмотр кожи вокруг мест установки штифтов, спиц для своевременного выявления признаков инфекции. *Признаки воспаления мягких тканей:* температура 38,5 °С или выше (повышение температуры может отсутствовать); повышение чувствительности, появление или усиление боли вокруг мест установки штифтов, спиц или кабелей, боль при нажатии; покраснение кожи вокруг спиц; отек вокруг мест установки; ощущение, будто кожа наполнена жидкостью; белые, желтые, зеленые или мутные выделения (серозно-гнойное отделяемое), при кровотечении из мест установки выделения могут быть красными или розовыми; неприятный запах из мест установки.

При появлении признаков воспаления — немедленно сообщить врачу.

Защита аппарата внешней фиксации марлевой повязкой или тканевым (хлопчатобумажным) чехлом от внешнего загрязнения.

Под контролем врача травматолога-ортопеда периодически (1 раз в неделю) проверять затянутость фиксирующих узлов (гаек) с помощью ключей, для исключения расшатывания и снижения натяжения спиц. При расшатывании узлов затягивать с помощью 2-х ключей (диаметром 10 мм).

Фиксация переломов аппаратом Илизарова предусматривает, как правило, возможность ранней практически полной нагрузки на конечность. Степень нагрузки на конечность — врач-травматолог.

Контрольная рентгенография, как правило, выполняется с интервалом 6 недель.

Весь период фиксации конечности аппаратом Илизарова необходимо проводить разработку движений в смежных суставах и упражнения, направленные на укрепление мышц в поврежденной конечности.

Основы инфекционной безопасности. Алгоритмы действий

1. Алгоритм гигиенической обработки рук кожным антисептиком

Здесь приведена схема обработки рук для праворуких людей (правшей).

1. Нанести антисептик¹ на ладонь (рис. 1 а, b);
2. Потереть одну ладонь о другую (рис. 2);
3. Правой ладонью растереть антисептик по тыльной поверхности левой кисти, переплетая пальцы, и наоборот (рис. 3);
4. Переплести пальцы, растирая ладонь о ладонь (рис. 4);
5. Соединить пальцы в замок, тыльной стороной согнутых пальцев растирать ладонь другой руки (рис. 5);
6. Охватить большой палец левой руки правой ладонью и потереть его круговыми движениями, поменять руки и выполнить процедуру для другой руки (рис. 6);
7. Круговыми движениями в направлении вперед и назад сомкнутыми пальцами правой руки потереть левую ладонь, поменять руки и выполнить процедуру для другой руки (рис. 7);
8. Когда антисептик высохнет, надеть перчатки. Руки готовы к работе (рис. 8).

¹ Необходимое количество антисептика и продолжительность обработки определяется инструкцией по применению средства.

**ОБРАБАТЫВАЙТЕ РУКИ АНТИСЕПТИКОМ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ГИГИЕНЫ РУК!
МОЙТЕ РУКИ, ЕСЛИ ОНИ ЯВНО ЗАГРЯЗНЕНЫ**

 Продолжительность всей процедуры: 20–30 секунд

1a



Налейте продукт в сложенную горсткой ладонь, чтобы покрыть всю поверхность

1b



2



Потрите одну ладонь о другую ладонь

3



Правой ладонью разотрите тыльную поверхность левой кисти, переплетая пальцы, и наоборот

4



Переплетите пальцы, растирая ладонью ладонь

5



Соедините пальцы в замок, тыльной стороной согнутых пальцев растирайте ладонь другой руки

6



Охватите большой палец левой руки правой ладонью и потрите его круговым движением; поменяйте руки

7



Круговым движением в направлении вперед и назад сомкнутыми пальцами правой руки потрите левую ладонь; поменяйте руки

8




После того как ваши руки высохли, они безопасны

Рис. 12. Последовательность обработки рук

2. Алгоритм мытья рук с мылом и водой

МОЙТЕ РУКИ, ЕСЛИ ОНИ ЯВНО ЗАГРЯЗНЕНЫ! В ОСТАЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ИСПОЛЬЗУЙТЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ГИГИЕНИЧЕСКОЙ АНТИСЕПТИКИ РУК

 Продолжительность всей процедуры: 40–60 секунд

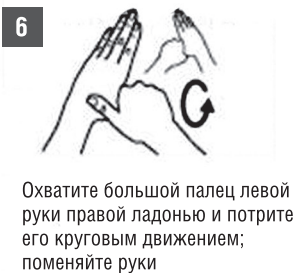


Рис. 13. Последовательность мытья рук

1. Увлажнить руки водой (рис. 0);
2. Нанести на ладони необходимое количество мыла (рис. 1);
3. Потереть одну ладонь о другую (рис. 2);
4. Правой ладонью растереть мыло по тыльной поверхности левой кисти и наоборот (рис. 3);
5. Переплести пальцы, растирая ладонь о ладонь (рис. 4);
6. Соединить пальцы в замок, тыльной стороной пальцев растереть ладонь другой руки (рис. 5);
7. Охватить большой палец левой руки правой ладонью и потереть его круговыми движениями, поменять руки (рис. 6);
8. Круговыми движениями в направлении вперед и назад сомкнутыми пальцами правой руки потереть левую ладонь, поменять руки (рис. 7);
9. Тщательно смыть мыло под проточной водопроводной водой (рис. 8);
10. Тщательно промокнуть одноразовым полотенцем (салфеткой) (рис. 9);
11. Закрыть кран, используя полотенце (рис. 10);
12. Руки готовы к работе (рис. 11).

3. Использование перчаток

1. В медицинских организациях при оказании отдельных видов медицинских услуг использование медицинских перчаток является обязательным.

2. Медицинские перчатки необходимо надевать:

- во всех случаях, когда возможен контакт с кровью или другими биологическими субстратами, в том числе во время уборки помещений;
- при контакте со слизистыми оболочками;
- при контакте с поврежденной кожей;
- при контакте с агрессивными жидкостями;
- при использовании колющих и режущих инструментов;
- при проведении инвазивных диагностических и лечебных манипуляций.

3. Перчатки надевают после полного высыхания антисептика на коже рук. При наличии на руках микротравм, царапин, ссадин место повреждения заклеивается лейкопластырем.

I. КАК НАДЕВАТЬ ПЕРЧАТКИ:



1. Достаньте перчатку из упаковки (коробки)



2. Прикасайтесь только к той части перчатки, которая будет находиться на запястье (верхний край манжеты)



3. Наденьте первую перчатку



4. Возьмите вторую перчатку рукой без перчатки и прикасайтесь в той части перчатки, которая будет находиться на запястье



5. Чтобы избежать прикосновения руки с надетой перчаткой к коже предплечья, выверните наружную поверхность перчатки так, чтобы надеть ее на согнутые пальцы руки в перчатке, это позволит вам надеть вторую перчатку



6. После того как перчатки надеты, нельзя прикасаться к любым объектам внешней среды, контакт с которыми является показанием для смены перчаток

II. КАК СНИМАТЬ ПЕРЧАТКИ:



1. Захватите пальцами одну перчатку на уровне запястья, чтобы снять ее, не притрагиваясь к коже предплечья, и стягивайте ее с руки так, чтобы перчатка вывернулась наизнанку



2. Держите снятую перчатку в руке с надетой перчаткой, подведите пальцы руки, с которой снята перчатка, внутрь — между второй перчаткой и запястьем. Снимите вторую перчатку, скатывая ее с руки, и вложите в первую перчатку



3. Утилизируйте снятые перчатки

Рис. 14. Как правильно надевать и снимать перчатки

4. После снятия перчаток следует провести гигиеническую обработку рук кожным антисептиком. Новую пару перчаток надевать на высушенные руки.

5. Использованные перчатки после парентеральных манипуляций, в том числе перевязок, удаляют как медицинские отходы класса Б.

6. При наличии риска инфицирования гемоконтактными инфекциями во время вмешательств с высоким риском нарушения целостности перчаток необходимо использовать двойные перчатки с индикатором нарушения целостности перчатки.

4. Мероприятия, снижающие вероятность развития дерматита

1. Для обработки рук использовать средства, разрешенные для применения.

2. Мытье рук должно быть сокращено до 1 мин.

3. Использовать теплую воду.

4. Чистку проводить только под ногтями (при необходимости) и только мягкой щеткой.

5. Тщательное ополаскивать и высушивать руки.

6. Использовать адекватного количества антисептика (избегать излишков).

7. Перчатки надевать после полного высыхания кожи рук.

8. Использовать увлажняющие и смягчающие кремы, обеспечивающие эластичность и прочность кожи (профессиональные средства для ухода за руками).

5. Алгоритмы действий при загрязнении кожи кровью

Рассмотрим алгоритмы действий при загрязнении кожи и слизистых работника кровью или другими биологическими жидкостями, а также при уколах и порезах.

1. При загрязнении кожи рук выделениями либо кровью необходимо:

1) вымыть руки мылом и водой;

2) тщательно высушить их одноразовым полотенцем;

3) дважды обработать спиртсодержащим антисептиком или 70% спиртом.

2. Руки в загрязненных перчатках:

- 1) обработать салфеткой, смоченной дезинфицирующим средством;
- 2) снять перчатки;
- 3) вымыть руки;
- 4) дважды обработать их спиртосодержащим антисептиком или 70% спиртом.

Использованные перчатки удаляют как медицинские отходы класса Б.

3. При контакте с кровью, другими биологическими жидкостями или биоматериалами, которое сопровождается нарушением целостности кожи (уколом, порезом):

- 1) руки в перчатках обработать салфеткой, смоченной дезинфицирующим средством;
- 2) снять перчатки;
- 3) вымыть руки с мылом под проточной водой;
- 4) дважды обработать руки 70% спиртом;
- 5) смазать ранку 5% спиртовой настойкой йода;
- 6) заклеить поврежденные места лейкопластырем.

Использованные перчатки удаляют как медицинские отходы класса Б.

4. При попадании крови и других биологических жидкостей пациента на слизистую глаз, носа и рта, ротовую полость, слизистую оболочку носа и глаз обильно промывают водой (не тереть).

5. При попадании крови и других биологических жидкостей пациента на халат, одежду: снять рабочую одежду и погрузить в дезинфицирующий раствор или в герметичном мешке направить для стирки с дезинфекцией в прачечную, осуществляющую стирку больничного белья.

6. При попадании инфицированного материала на поверхности стен, пола, оборудования: протереть их 6% перекисью водорода или другими рекомендованными дезинфицирующими средствами двукратно с интервалом в 15 минут (в соответствии с инструкцией по применению дезинфицирующего средства).

При наличии риска заражения ВИЧ-инфекцией незамедлительно обратится в центр по СПИДу (СПб, набережная Обводного канала, д. 179 «А», тел. 786-35-12). По назначению врача (по показаниям), начинают прием антиретровирусных препаратов в целях постконтактной профилактики заражения ВИЧ. При получении травм, в том числе микротравм (уколы, порезы), опасных в плане инфицирования рекомендуют наблюдение в течение 12 месяцев и исследование крови каждые 3–6–12 месяцев.

Правила для парикмахеров при стрижке раненых

1. Придя в корпус, необходимо переобуться и переодеться, привести себя в порядок и прочитать краткое молитвенное правило перед служением.

2. Определить место для стрижки (обычно это ванная комната) и подготовить место к работе: закрыть пол пленкой, установить удлинитель, разложить инструмент.

3. Во время стрижки читать Иисусову молитву, по окончании поблагодарить Бога.

4. Если это не реанимация, рядом нет поточного кислорода (он огнеопасен!), то можно достать из кармана святой елей в шарике и помазать бойца.

5. Во время стрижки читать про себя Иисусову молитву.

6. По окончании стрижки всех бойцов поблагодарить Бога, прочитать «Достойно есть».

7. Маникюр и педикюр должен делать только специалист, при этом желательно использовать одноразовый инструмент и средства профилактики инфицирования последующих пациентов.

8. На халате должен иметься бейдж с указанием, что вы специалист по стрижке волос, чтобы вас не приняли за санитарку.

9. Тщательно умыться (при стрижке может быть контакт с микробами, грибами) — промыть нос, прополоскать рот, вымыть и обработать руки. Дома вымыть голову, принять душ.

Уборка в помещениях клиник и клинических подразделений¹

1. Сокращения и обозначения

СИЗ — средства индивидуальной защиты (перчатки, маски, колпаки).

ИМН — изделия медицинского назначения.

¹ Выдержка из СТУ 1.3-2023 «Организация и проведение уборки в помещениях клиник и клинических подразделений». СПб: Военно-медицинская академия, 2023.

МОП — текстильное изделие, предназначенное для влажной уборки твердых покрытий пола, стен и потолка.

ДС — дезинфицирующее средство.

2. Термины и определения

Уборка — профессиональный комплекс мероприятий по организации технологических процессов, результатом которых является создание безопасного уровня чистоты и санитарного состояния.

Текущая (поддерживающая) уборка — комплекс мероприятий, который направлен на эффективное и своевременное устранение загрязнений всех типов в рамках помещения; проводится 2 раза в сутки, а также по мере необходимости в течение рабочего времени.

Генеральная уборка — комплекс дезинфекционных и санитарно-гигиенических мероприятий по организации технологических процессов, направленных на полную обработку всех поверхностей помещения, целью которой является удаление загрязнений и снижение микробной обсемененности в помещениях.

Дезинфицирующие средства — химические и физические средства, применяемые для уничтожения во внешней среде возбудителей инфекционных заболеваний человека.

3. Порядок проведения текущей уборки

1. Текущая уборка во всех помещениях медицинской организации проводится не менее 2 раз в сутки, а также по мере необходимости в течение рабочего времени.

2. Для уборки допускается использовать моющие и дезинфицирующие средства, которые должны быть разрешены к применению в установленном порядке, иметь свидетельство о государственной регистрации, тарную этикетку и использоваться в соответствии с инструкцией по применению.

3. В рамках мероприятий, направленных на снижение риска и распространения инфекционных заболеваний при проведении текущих уборок используются рабочие растворы дезинфицирующих средств по режимам, обеспечивающим гибель конкретного возбудителя (независимо от профиля учреждения).

4. Для каждого помещения должен быть произведен расчет количества необходимого моющего или дезинфицирующего средства, в зави-

симости от площади обрабатываемых поверхностей, способа обработки (протираание, орошение).

5. Емкости с рабочими растворами средств должны быть снабжены плотно прилегающими крышками, иметь четкие надписи с указанием используемого средства, его назначения, концентрации, экспозиции, даты приготовления и срока годности.

6. Следует использовать профессиональный уборочный инвентарь согласно требованиям.

7. При использовании уборочного инвентаря должны быть соблюдены правила сигнальной и цветовой кодировки.

8. Уборочный инвентарь после проведения работ подлежит последовательно дезинфекции, ополаскиванию, высушиванию.

9. При использовании специализированных систем безведерной уборки (метод предварительного замачивания), обработку МОПов и салфеток проводят согласно правилам, изложенным в инструкции производителя к данной системе).

10. Контроль за проведением текущей уборки возлагается на старшую медицинскую сестру.

4. Подготовка к проведению текущей уборки

1. Собрать и удалить к месту временного хранения медицинские отходы классов «А» и «Б» (в отделениях неинфекционного профиля); отходы классов «Б» и «В» (в отделениях инфекционного профиля), собрать грязное белье.

2. Приготовить рабочий раствор согласно инструкции по применению.

3. Подготовить весь необходимый промаркированный инвентарь.

4. Подготовить необходимые средства индивидуальной защиты.

5. Установить предупредительные знаки.

5. Техника проведения текущей уборки в помещениях и палатах

Обработка помещений выполняется последовательно — по часовой стрелке, начиная от дверного проема, с учетом степени загрязнения: от более чистых поверхностей — к более грязным поверхностям. Ложе кровати, матрацы и подушки во время текущей уборки не обрабатываются. После выписки больного дополнительно обрабатывают-

ся внутренние поверхности шкафов, тумбочек, стены палат и полотно двери. Средний медицинский персонал контролирует правильность проведения уборочных мероприятий.

1. Проверить комплектацию, сигнальную маркировку на уборочном инвентаре.

2. Произвести гигиеническую обработку рук и надеть комплект спецодежды и СИЗ (шапочка, маска, перчатки).

3. При уборке в помещениях классов чистоты «А» и «Б» (особо чистые и чистые помещения¹) протереть ветошью / салфетками все горизонтальные поверхности: мебель, открытые полки, оборудование, аппаратуру, дверные ручки, выключатели, подоконники. Обработать труднодоступные места методом орошения.

4. При уборке в палате произвести смену постельного белья (при необходимости, а после выписки больного — в обязательном порядке). Затем протереть все доступные поверхности — мебели, спинки и поручней кровати, прикроватных светильников, консолей, подоконников, приборов отопления, оборудования, технических устройств (бытовой техники, в том числе телефонов, телевизоров и т.д.). Удалить пятна и видимые загрязнения со стен и дверей, уделяя особое внимание выключателям, дверным ручкам и местам непосредственной близости к ним.

5. Произвести обработку санитарно-технического оборудования (при наличии).

6. Протереть пол, уделяя особое внимание обработке плинтусов и углов. Обработка осуществляется 8-образными перекрывающими движениями.

7. Выдержать экспозицию ДС на поверхностях согласно инструкции по применению.

8. Смыть ветошью / салфетками рабочий раствор чистой водопроводной водой со всех поверхностей.

9. Смыть с пола ветошью / МОПами рабочий раствор чистой водопроводной водой, в направлении от более критической зоны (чистой) к менее критической (грязной).

10. Снять использованные СИЗ (шапочка, маска, перчатки). Произвести гигиеническую обработку рук. Маску сбросить в отходы класса «Б» (отходы класса «Б» / «В» в подразделениях инфекционного

¹ Особо чистые помещения в клинике — операционные, послеоперационные палаты, реанимационные залы (палаты), для ожоговых больных, палаты интенсивной терапии. Чистые помещения — процедурные и асептические перевязочные; малые операционные; стерилизационные при операционных.

профиля). Перчатки, шапочки без видимых биологических загрязнений — в отходы класса «А» (отходы класса «Б» / «В» в подразделениях инфекционного профиля). Перчатки, шапочки с биологическими загрязнениями — в отходы класса «Б» (отходы класса «Б» / «В» в подразделениях инфекционного профиля).

11. Произвести гигиеническую обработку рук и надеть комплект СИЗ (шапочка, маска, перчатки).

12. Продезинфицировать уборочный инвентарь, по окончании экспозиции промыть и просушить.

13. Многоцветные ветошь / МОПы и салфетки подвергают дезинфекции, ополаскиванию и сушке. Одноразовую ветошь / салфетки без видимых биологических загрязнений утилизировать в отходы класса «А» (отходы класса «Б» / «В» в подразделениях инфекционного профиля). Одноразовую ветошь / салфетки с биологическими загрязнениями утилизировать в отходы класса «Б» (отходы класса «Б» / «В» в подразделениях инфекционного профиля).

14. Снять использованные СИЗ (шапочка, маска, перчатки). Произвести гигиеническую обработку рук. Маску сбросить в отходы класса «Б» (отходы класса «Б» / «В» в подразделениях инфекционного профиля). Перчатки, шапочки без видимых биологических загрязнений — в отходы класса «А» (отходы класса «Б» / «В» в подразделениях инфекционного профиля). Перчатки, шапочки с биологическими загрязнениями — в отходы класса «Б» (отходы класса «Б» / «В» в подразделениях инфекционного профиля).

15. При использовании рабочих растворов, не требующих воды, шаги 7–9 пропустить.

6. Техника проведения текущей уборки в туалетных и душевых помещениях

Пункты 1–2 идентичны вышеизложенным.

3. Нанести на поверхность раковины щеткой чистящее средство. Нанести на ободок и внутреннюю поверхность унитаза чистящее средство.

4. Протереть ветошью / салфеткой, смоченной в рабочем растворе ДС, все доступные поверхности: навесные полки, смесители, стены вокруг раковины, держатель для туалетной бумаги, выключатели, двери, дверные ручки, стену унитаза (на высоту 1 м), мусорный контейнер, бак и кнопку слива унитаза, рукоятку от ершика.

5. Промыть раковину от остатков чистящего средства. Промыть унитаз от остатков чистящего средства круглым ершиком, удаляя загрязнения под ободком и сидением (мочевой камень и ржавчину). Смыть воду. Вымыть ершик и его держатель под проточной водой, после чего заполнить держатель рабочим раствором ДС.

6. Нанести рабочий раствор ДС на поверхность раковины, на внутреннюю поверхность унитаза и закрыть крышку.

7. Протереть ветошью / МОПами, смоченными в рабочем растворе ДС, пол и стены в душевом отсеке, уделяя особое внимание обработке плинтусов и углов. Обработка осуществляется 8-образными перекрывающими движениями.

Далее действовать, как указано выше.

7. Меры предосторожности при работе с дезинфицирующими средствами

1. ДС обладают раздражающим и токсическим действием, поэтому при работе с ними следует соблюдать меры предосторожности.

2. Для работы с ДС персонал обязан надеть шапочку и подобрать волосы под нее, перчатки, маску медицинскую.

3. Во время приготовления рабочих растворов ДС сотрудник обязан использовать СИЗ: шапочку, медицинскую маску (при необходимости респиратор); защитные очки; перчатки резиновые (защита рук перчатками необходима при любом контактировании с ДС).

4. Во время приготовления рабочих растворов ДС следует избегать разбрызгивания и попадания их в глаза, на кожу и в желудок.

5. Меры предосторожности и первой помощи при случайном попадании в глаза, на кожу или в желудок прописаны в инструкции по применению конкретного ДС.

8. Требования к средствам для проведения уборки

1. Моющие и дезинфицирующие средства должны быть разрешены к применению в установленном порядке, иметь свидетельство о государственной регистрации, инструкцию на русском языке, тарную этикетку.

2. В рамках проведения уборочных мероприятий для удобства, экономии времени и ресурсов можно применять ДС, рабочие раство-

ры которых обладают моющими и чистящими свойствами (предпочтительно).

3. В присутствии людей допускается применение только тех средств, рабочие растворы которых относятся к 4 классу малоопасных соединений при ингаляционном поступлении в организм.

4. В присутствии пациентов запрещается обеззараживание поверхностей растворами ДС способом орошения (применяется только способом протирания).

5. Необходимо иметь отдельные емкости с рабочими растворами средств, используемых для обработки различных объектов:

- для дезинфекции поверхностей в помещениях, мебели, аппаратов, приборов и оборудования, санитарно-технического оборудования, предметов ухода за больными;
- для обеззараживания уборочных материалов (отдельно для ветоши / МОПов и ветоши / салфеток);
- для обеззараживания инвентаря.

6. Емкости с рабочими растворами средств должны быть снабжены плотно прилегающими крышками, иметь четкие надписи с указанием используемого средства, его концентрации, назначения, даты приготовления и срока годности.

9. Требования к инвентарю и оборудованию для уборки

1. Швабры (держатели МОПов), уборочные тележки, ведра, щеточные изделия, приспособления для мойки стекла и другой инвентарь должны быть выполнены из полимерных материалов, металлов, резины, состав которых допускает обработку растворами дезинфицирующих, сильнокислотных и сильнощелочных моющих и дезинфицирующе-моющих средств.

2. Для удаления сложных трудноудаляемых загрязнений, сбора осколков стекла и т.п. при аварийных ситуациях допускается применять щеточные изделия только с жестким коротким ворсом.

3. Текстильные протирочные материалы: МОПы, ветошь, салфетки, насадки, должны быть выполнены из тканых и нетканых натуральных, искусственных и синтетических волокнистых (микроволоконных) материалов, допускающих ручную и машинную стирку при температуре от 90 °С до 95 °С.

Весь уборочный инвентарь (тележки, МОПы, емкости, ветошь, салфетки, швабры) должен иметь четкую маркировку или цветовое кодирование в зависимости от функционального назначения убираемых помещений и видов уборочных работ и храниться в выделенном помещении. Схема цветового кодирования размещается в зоне хранения инвентаря. Использование уборочного инвентаря не по назначению не допускается.

Схема цветового кодирования уборочного инвентаря

Цвет	Назначение помещений
Синий	Текущая уборка в помещениях чистоты класса «В»
Желтый	Генеральная уборка в помещениях
Красный	Помещения чистоты класса «Г»
Зеленый	Текущая уборка в помещениях чистоты классов «А» и «Б»

10. Обработка уборочного инвентаря и материала:

1. Уборочный инвентарь после проведения работ подлежит последовательно дезинфекции, ополаскиванию в чистой воде, высушиванию. Только после выполнения этих процедур его можно отправлять на хранение.

2. Текстильные материалы обеззараживают путем погружения в раствор ДС (концентрация и экспозиция — согласно инструкции по применению используемого средства). По окончании времени экспозиции прополаскиваются в чистой воде и просушиваются. При использовании специализированных систем безведерной уборки (метод предварительного замачивания), обработку МОПов и салфеток проводят согласно правилам, изложенным в инструкции производителя к данной системе.

3. Рабочая поверхность швабры (держатель для МОПов) дезинфицируется методом погружения в рабочий раствор дезинфицирующего средства, по окончании времени экспозиции промывается водой и высушивается.

4. Ручка швабры, ведра (контейнеры для МОПов и салфеток) дезинфицируются методом протирания, по окончании времени экспозиции промываются водой (при необходимости) и высушиваются.

5. Разрешена сушка текстильных материалов в сушильных машинах.

6. Сушка текстильных материалов на отопительных приборах не допускается!

САНИТАРНАЯ ОБРАБОТКА ИНВЕНТАРЯ



1 Удалите грязь
и посторонние предметы



2 Обрабатывайте щелочным
средством и жесткой
щеткой



3 Промойте чистой водой



4 Продезинфицируйте



5 Тщательно промойте
чистой водой



6 Повесьте на систему
хранения

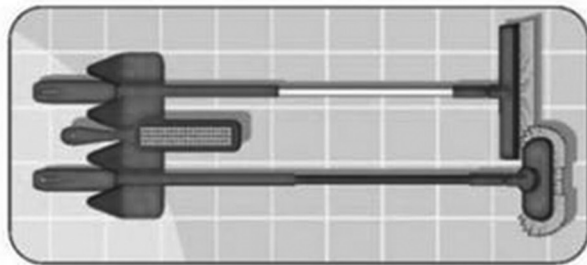


Рис. 15. Санитарная обработка инвентаря

11. Хранение уборочного инвентаря

1. Инвентарь для уборок хранят в чистом виде за пределами медицинских кабинетов, в специально выделенном для этих целей помещении или шкафу вне помещений рабочих кабинетов.

2. Хранение швабр и щеток организуют вертикально, закрепляя их в держателях, исключающих касание поверхности пола подошвами швабр (держателями МОПов), а также ворсом щеток.

3. Швабры, тазы, ведра для пола и стен следует хранить отдельно.

4. Инвентарь для уборки помещений различных классов чистоты не должен соприкасаться друг с другом.

12. Ошибки при проведении уборки

1. ДС применяются в готовой форме для экспресс-дезинфекции в рамках уборочных мероприятий.

2. Ветошь / салфетки для текущей уборки используются многократно без надлежащей обработки.

3. Генеральные уборки в палатах стационаров выполняются в присутствии пациентов.

4. Труднодоступные поверхности не подвергаются обработке.

5. Уборочный инвентарь используется не по назначению (в нарушение схемы цветового кодирования).

6. Средства индивидуальной защиты не используются.

13. Классы чистоты помещений

Перечень нормативных документов по санитарно-противоэпидемическому режиму в учреждениях здравоохранения РФ:

1. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28.01.2021 № 4 «Об утверждении санитарных правил и норм СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней».

2. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28.01.2021 № 3 «Об утверждении санитарных правил и норм СанПиН 2.1.3684-21 «Санитарно-эпидемиологические требования к содержанию территорий городских и сельских поселений, к водным объектам, питьевой воде и питьевому водоснабжению, атмосферному воздуху, почвам, жилым помещениям, эксплуатации производственных,

общественных помещений, организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий».

Классификация помещений на классы по уровню микробного загрязнения:

А (особо чистые) — операционный блок, перевязочные, родильные залы, реанимационное отделение, палаты интенсивной терапии.

Б (чистые) — процедурные, отделение новорожденных, ожоговые центры и др.

В (условно чистые) — палаты для пребывания пациентов, раздаточные, столовые.

Г (условно «грязные») — санитарные комнаты, комнаты персонала и др.

14. Классификация медицинских отходов

Медицинские отходы разделяются по степени их эпидемиологической, токсикологической, радиационной опасности, а также негативного воздействия на среду обитания в соответствии с критериями, устанавливаемыми Правительством Российской Федерации, на классы:

класс А — эпидемиологически безопасные отходы, приближенные по составу к твердым бытовым отходам;

класс Б — эпидемиологически опасные отходы;

класс В — чрезвычайно эпидемиологически опасные отходы;

класс Г — токсикологические опасные отходы, приближенные по составу к промышленным;

класс Д — радиоактивные отходы.

Сбор, использование, обезвреживание, размещение, хранение, транспортировка, учет и утилизация медицинских отходов должны осуществляться с соблюдением требований Санитарных правил в зависимости от степени их эпидемиологической, токсикологической и радиационной опасности, а также негативного воздействия на человека и среду обитания человека:

1. Отходы, не имеющие контакта с биологическими жидкостями пациентов, инфекционными больными (эпидемиологически безопасные отходы, по составу приближенные к ТКО, далее — класс А), в том числе: использованные средства личной гигиены и предметы ухода однократного применения больных неинфекционными заболеваниями;

канцелярские принадлежности, упаковка, мебель, инвентарь, потерявшие потребительские свойства; сметы от уборки территории; пищевые отходы центральных пищеблоков, столовых для работников медицинских организаций, а также структурных подразделений организаций, осуществляющих медицинскую и (или) фармацевтическую деятельность, кроме подразделений инфекционного, в том числе фтизиатрического профиля.

2. Отходы, инфицированные и потенциально инфицированные микроорганизмами 3–4 групп патогенности (эпидемиологически опасные отходы, далее — класс Б), в том числе: материалы и инструменты, предметы, загрязненные кровью и (или) другими биологическими жидкостями; патологоанатомические отходы; органические операционные отходы (органы, ткани); пищевые отходы и материалы, контактировавшие с больными инфекционными болезнями, вызванными микроорганизмами 3–4 групп патогенности.

3. Отходы от деятельности в области использования возбудителей инфекционных заболеваний 3–4 группы патогенности, а также в области использования генно-инженерно-модифицированных ор-



Рис. 16. Тара белого цвета для эпидемиологически безопасных отходов (класс А)



Рис. 17. Тара желтого цвета для эпидемиологически опасных отходов, инфицированных и потенциально инфицированных микроорганизмами 3–4 групп патогенности (класс Б)



Рис. 18. Тара красного цвета для эпидемиологически опасных отходов от деятельности в области использования возбудителей инфекционных заболеваний 3–4 группы патогенности (класс В)



Рис. 19. Тара черного цвета для токсикологически опасных отходов 1–4 классов опасности (класс Г)

ганизмов в медицинских целях (эпидемиологически опасные отходы, далее — класс В), в том числе: отходы микробиологических, клинико-диагностических лабораторий; отходы, инфицированные и потенциально инфицированные микроорганизмами 3–4 групп патогенности; отходы сырья и продукции от деятельности по производству лекарственных средств и медицинских изделий, от производства и хранения биомедицинских клеточных продуктов; биологические отходы вивариев; живые вакцины, непригодные к использованию.

4. Отходы, не подлежащие последующему использованию (токсикологически опасные отходы 1–4 классов опасности, далее — класс Г), в том числе: ртутьсодержащие предметы, приборы и оборудование; лекарственные (в том числе цитостатики), диагностические, дезинфекционные средства; отходы от эксплуатации оборудования, транспорта, систем освещения, а также другие токсикологически опасные отходы, образующиеся в процессе осуществления медицинской, фармацевтической деятельности, деятельности по производству лекарственных средств и медицинских изделий, при производстве, хранении биомедицинских клеточных продуктов, деятельности в области использования возбудителей ин-



Рис. 20. Тара желтого цвета для радиоактивных отходов (класс Д)

фекционных заболеваний и генно-инженерно-модифицированных организмов в медицинских целях.

Все виды отходов в любом агрегатном состоянии, в которых содержание радионуклидов превышает допустимые уровни, установленные нормами радиационной безопасности (радиоактивные отходы, далее — класс Д).

Литература

1. Гигиена рук медицинского персонала. Федеральные клинические (методические рекомендации). Москва, 2014.

2. Жолковский Д.Д., Баландина И.Н. Первая помощь: учеб. пособие. 2-е изд., перераб. СПб. : СПб ЦПО ФМБА России, 2019. 60 с.

3. Методические указания МУ 3.5.1.3674-20 «Обеззараживание рук медицинских работников и кожных покровов пациентов при оказании медицинской помощи» (утв. Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека 14 декабря 2020 г.).

4. Первая помощь: Учебное пособие для лиц, обязанных и (или) имеющих право оказывать первую помощь. М.: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, 2018. 68 с.

5. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28.01.2021 № 4 «Об утверждении САНПИН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней»».

6. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28.01.2021 № 4 «Об утверждении САНПИН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней»».

7. Учебник. Под ред. В.И. Воячека и К.Л. Хилова. Л.: Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, 1963.

8. СТУ 1.3-2023 Организация и проведение уборки в помещениях клиник и клинических подразделений. СПб: Военно-медицинская академия, 2023.

Протоиерей Сергей Филимонов, И.Н. Баландина,
К.И. Николаева

**ПРАКТИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ
ПО УХОДУ И ПОМОЩИ РАНеныМ
ДЛЯ СЕСТЕР МИЛОСЕРДИЯ
И ДОБРОВОЛЬЦЕВ**

Редактор *А. С. Гиппиус*
Оформление *С. А. Козубченко*
Верстка *Т. Н. Селивановой*
Корректурa *Т. И. Звертановской*

Подписано в печать 15.08.2024.
Формат издания 60×90¹/₁₆. Печать офсетная.
Тираж 200 экз.
Усл.-печ. л. 6,25. Заказ №