

sci\_medicine  
ref\_ref

Алла  
Константиновна  
Мышкина

Сестринское дело: справочник

Книга содержит необходимые для медицинской сестры сведения. В общей части подробно изложены вопросы общего и специального ухода за больными, алгоритм оказания первой доврачебной помощи при неотложных состояниях, профилактические мероприятия по предупреждению распространения инфекционных и паразитарных заболеваний в госпитальных условиях. В специальной части представлены сведения по основным симптомам заболеваний в терапии и хирургии. Отдельная глава посвящена медицине катастроф. Для студентов средних медицинских учебных заведений и практикующего среднего медицинского персонала.

08.06.2014

ru

Сестринское дело : справочник / А. К. Мышкина  
Дрофа  
Москва  
2008  
978-5-358-03762-5

© ООО «Дрофа», 2008

Алла Константиновна Мышкина  
Сестринское дело: справочник

### Предисловие

Роль и значение медицинской сестры возрастают вместе с общим развитием и совершенствованием медицинской науки. В настоящее время средний медицинский персонал должен обладать все более сложными медицинскими, педагогическими, психологическими, техническими познаниями и навыками. Подготовка медицинских сестер относится к прикладному разделу общей медицины. Обязанностями медицинской сестры являются полноценный уход за больным, четкое выполнение врачебных назначений, необходимо, чтобы ее человеческие качества сочетались с высокими профессиональными навыками. Она должна быть человеколюбивой, доброй,

отличаться чувством милосердия и сострадания, компетентностью, быть постоянно готовой прийти на помощь, облегчить боль и страдание.

Основные принципы работы медицинских сестер за последние десятилетия остались неизменными. Меняются лишь отдельные детали ведения сестринского процесса, которые постоянно совершенствуются. Положение «без хорошего ухода не может быть высокого уровня лечебного процесса» остается правилом. Но медицинская сестра не является вариантом «упрощенного» врача. Знания, усвоенные ею при обучении, обновляются только на этапах последующего подтверждения или повышения квалификации, поэтому в ходе обучения и усовершенствования медицинским сестрам необходимо иметь под рукой простые и доступные учебные материалы, которые могут быть полезным практическим руководством в их повседневной работе. Основная задача справочника – помочь им в этой работе.

Книга состоит из двух частей – общей и специальной. В соответствии с этим проводится распределение по главам. В некоторых главах наиболее часто встречающиеся сведения располагаются по алфавиту. В общей части представлены материалы по основным положениям ведения сестринского дела. В специальной части рассматриваются характеристика и описание основных терапевтических и хирургических заболеваний, приводится описание особенностей ведения сестринского ухода. Представлены сведения по оказанию неотложной помощи при чрезвычайных и экстренных ситуациях, проведению мероприятий по предупреждению распространения инфекционных и паразитарных заболеваний.

Авторы данного справочника – специалисты в области медицины, желающие ежедневно видеть рядом с собой надежного помощника, на которого можно всегда рассчитывать.

Книга может быть полезна не только средним медицинским работникам, но и врачам, в том числе так называемым узким специалистам, а также студентам и слушателям высших медицинских учебных заведений.

## Часть 1 ОБЩАЯ ЧАСТЬ

### Глава 1 Этика и деонтология сестринского процесса

Деятельность медицинской сестры направлена на облегчение состояния пациента, восстановление его здоровья. При этом каждый больной рассматривается не просто как определенный вариант проявления болезни, но и как личность. В ряде случаев исход заболевания определяет именно этап выхаживания больного. Правильно организованная работа сестер способствует более быстрому выздоровлению без дополнительных затрат, повышает социальный статус среднего медицинского персонала в обществе. В работе среднего медицинского персонала существуют этические и правовые аспекты деятельности. Этические аспекты отражаются в обществе через идеалы добра, принимаются на уровне одобрения или осуждения. Правовые аспекты основаны на требованиях морали, некоторые из них получили силу закона и утверждены различными законными актами. В условиях ведения лечебной деятельности этика может несколько сглаживать черствость действующих законов, заменять в некоторой степени существующие законы, способствовать урегулированию многих проблем.

Средний медицинский персонал несет моральную, административную, гражданскую и уголовную ответственность за свою деятельность. Моральная ответственность рассматривается самим обществом. Морально-нравственное понятие определяется уровнем культуры каждого человека, способностью к самоанализу. Осуждение со стороны общества бывает более действенным, чем материальные методы наказания (наложение штрафов, лишение определенных прав, даже свободы). Административная ответственность предусматривает наказание за невыполнение или злоупотребление своими обязанностями, что может приводить к неблагоприятным последствиям со стороны здоровья больного.

Гражданская ответственность является одной из разновидностей юридической ответственности. Меры наказания используются сообразно с Гражданским кодексом законодательства Российской Федерации. Причиняемый ущерб здоровью больного может возмещаться морально и материально. Основные статьи Гражданского кодекса, имеющие отношение к деятельности средних медицинских работников, предусматривают ответственность в случаях:

- причинения вреда здоровью;
- причинения вреда здоровью в результате крайней необходимости;
- причинения вреда здоровью с учетом вины пострадавшего;
- ответственность юридического лица за деятельность своего работника;
- а также предусмотрено возмещение причиненного ущерба и причиненного ущерба при потере кормильца.

Уголовная ответственность касается преступлений и определяется Уголовным кодексом Российской Федерации. Преступления в области медицины составляют определенные действия либо бездействие при проведении лечебного процесса. Деонтологические аспекты деятельности связаны с улучшением качества обслуживания пациентов. Термин «деонтология» (греч. deon – «должное» греч. logos – «учение») был введен английским священником Бенгемом в XVIII веке. В узком смысле понятие «деонтология» является частью социальной психологии и объединяет в себе морально-нравственные, морально-этические и правовые аспекты деятельности. К деонтологии относятся вопросы взаимоотношений с больными, медицинской этики и эстетики, медицинского долга, врачебной тайны, медицинского права, а также педагогические вопросы. Понятия этики и деонтологии тесно связаны между собой. Деонтологический подход, основанный на знаниях особенностей психологических реакций, обеспечивает определенный моральный комфорт больному и является залогом успешного сотрудничества. Перспективная ситуация общения заключается в непосредственном восприятии обоими субъектами друг друга. В зависимости от выбранной линии общения (приятное или неприятное, взаимопонимание или его отсутствие и др.) исход лечения может быть различным. Медицинская деонтология содержит следующие направления:  
медицинский работник и пациент; медицинский работник и общество;  
взаимоотношения между медицинскими работниками; медицинский работник и родственник пациента; самооценка медицинского работника.

Больной

–

это не просто объект проведения медицинских манипуляций, но субъект, активно взаимодействующий с медицинским персоналом!

Общение может быть коммуникативным и интерактивным. Коммуникативное общение состоит в обмене информацией с помощью получения и передачи сведений, различных интонаций, плача, смеха, мимики и жестов, поскольку внешняя атрибутика иногда говорит о болезни больше, чем сам больной. Интерактивный контакт – это взаимодействие двух субъектов. Здесь особое внимание уделяется проблеме конфликтов, поиску путей выхода из подобных ситуаций. Не меньшее значение имеет также обращение самих пациентов со средним медицинским персоналом. Не все больные умеют быть вежливыми, иногда приходится сталкиваться с проявлениями откровенной грубости. Медицинская сестра должна уметь сохранять спокойствие и не переносить негативное отношение на всех пациентов. Любой медицинский работник должен стремиться сочетать в себе способности высококачественного ремесленника, эрудита и актера. Он должен уметь преподнести информацию в нужном свете, убедить в необходимости выполнения определенных медицинских манипуляций. Опытная

медицинская сестра никогда не допустит возможности неблагоприятного течения заболевания, связанного с отрицательными воздействиями со своей стороны (сейрогения).

Помощь медицинской сестры необходима не только больному, но и его родственникам. Например, в тяжелых случаях, когда жизнь больных «висит на волоске», с родственниками необходимо проводить беседы, подготавливать к возможному неблагоприятному исходу. Медицинская сестра может давать советы как самому больному, так и его близким. Ряд заболеваний подразумевает изменение образа и стиля жизни. Медицинская сестра может своими советами помочь адаптироваться к изменившимся условиям жизни.

В сестринском процессе имеется такое понятие, как

«сестринский диагноз».

Он выставляется только на основании субъективных данных пациента, предъявляемых основных жалоб, поскольку болезнь при этом рассматривается как внешнее проявление патологического состояния. Действие медицинской сестры направлено на приспособление больного к условиям болезни. Поэтому сестринский диагноз может многократно меняться в течение болезни в зависимости от изменения состояния больного. По отношению к врачебным указаниям манипуляции медицинской сестры могут быть зависимыми, независимыми и взаимозависимыми.

Зависимая

деятельность подразумевает непосредственное выполнение назначений врача, независимая

– самостоятельное участие медицинской сестры в лечебном процессе, взаимозависимая

– согласованные действия медицинской сестры и врача.

Медицинские сестры должны контролировать реакцию больного в ответ на различные лечебные манипуляции, знать мнение больных о производимых вмешательствах. Ответная реакция пациента оценивается медицинской сестрой при каждой манипуляции. Успех работы медицинской сестры во многом определяется тем разнообразием методик, которыми она владеет, умением подобрать их к конкретному больному. Ей необходимо знать физиологическую ценность выполняемых манипуляций и применять их дифференцированно, в соответствии с характером и особенностями заболевания. Проведение сестринского процесса должно контролироваться в первую очередь самой медицинской сестрой. Ею самой должна определяться степень достижения поставленных целей. Например, в случае наличия боли после применения обезболивающего препарата она должна обязательно проконтролировать состояние больного, снижение выраженности болевого синдрома. Медицинская сестра должна уметь проявлять инициативу в борьбе за жизнь пациентов. В ее работе недопустимы небрежность, халатность, невыполнение процедуры. Она должна своевременно разобраться во всех назначениях врача, строго отмерять дозы лекарств, соблюдать время их выдачи; в случае значительных ухудшений в состоянии здоровья больного должна уметь успокоить его, вселить в него уверенность в благоприятном исходе, принять необходимые меры по стабилизации состояния пациента. Немалое значение имеет внешний вид медицинского персонала: чистый халат, забранные под головной убор волосы, аккуратность успокаивают больного.

Медицинская сестра не имеет права на ошибку. Малейшая небрежность, неточность, беспечность могут привести к непоправимым последствиям!

## Глава 2

### Функциональные обязанности медицинской сестры

Медицинская сестра –

это лицо, прошедшее подготовку по программе сестринского обучения, имеющее достаточную квалификацию и право выполнять ответственную работу по обслуживанию больных. Задачи, возложенные на медицинскую сестру, чрезвычайно многосторонни.

#### Главная медицинская сестра

Главная медицинская сестра должна обладать организаторскими способностями и высоким профессионализмом. На эту должность назначается лицо с высшим медицинским образованием по специальности «Сестринское дело» или со средним медицинским образованием по специальности «Лечебное дело» и имеющее сертификат «Организация сестринского дела», подтвержденные высшей квалификационной категорией. Главная медицинская сестра находится в непосредственном подчинении у заместителя главного врача по лечебной работе и главного врача. Она должна обеспечивать рациональную работу среднего медицинского персонала, проводить регулярные обходы отделений, проверяя качество работы медицинских сестер. Обходы могут проводиться в дневное и вечернее время. Помимо этого в обязанности входит организация контроля над повышением квалификации медицинских сестер, расходом лекарственных средств и перевязочных материалов. Вместе с эпидемиологом главная медицинская сестра следит за соблюдением санитарно-эпидемиологического режима в отделениях, выполнением организующих приказов.

#### Старшая медицинская сестра

На эту должность назначается лицо со средним медицинским образованием, имеющее диплом по специальности «Сестринское дело» или «Лечебное дело» и сертификат по специальности «Организация сестринского дела», подтвержденные высшей квалификационной категорией. Старшая медицинская сестра находится в подчинении заведующего отделением, заместителя главного врача по лечебной работе, главной медицинской сестры. Распоряжения старшей медицинской сестры являются обязательными для среднего и младшего медицинского персонала отделения. В отделении она является материально ответственным лицом. Старшая медицинская сестра должна:

- осуществлять непосредственное руководство деятельностью среднего и младшего персонала отделения;
- осуществлять расстановку кадров в отделении из числа среднего и младшего персонала;
- своевременно производить замещение медицинских сестер и санитарок, не вышедших на работу;
- вести учет и обеспечивать сохранность имущества и медицинского инвентаря отделения, своевременный ремонт оборудования;
- контролировать своевременность и качество выполнения назначений врача медицинскими сестрами;
- контролировать качество санитарной обработки вновь поступивших больных;
- составлять сведения о движении больных, контролировать своевременность сдачи в архив историй болезней выписанных больных;
- составлять график работы и вести табель учета рабочего времени сотрудников отделения;
- контролировать выполнение средним и младшим медицинским персоналом правил внутреннего трудового распорядка и соблюдение противоэпидемических мероприятий;

- обеспечивать и строго контролировать соблюдение правил асептики и антисептики персоналом отделения;
- выписывать требования в аптеку больницы на необходимые медикаменты, материалы, инструментарий, контролировать правильное их расходование;
- обеспечивать правильность хранения и учет сильнодействующих, ядовитых и психотропных веществ;
- контролировать выполнение плана повышения квалификации средним медицинским персоналом отделения;
- вести необходимую учетно-отчетную документацию;
- участвовать в работе совета медицинских сестер больницы, научно-практических конференциях для медицинских сестер;
- составлять график отпусков сотрудников отделения на год, оформлять листы нетрудоспособности персонала;
- контролировать соблюдение правил этики и деонтологии средним и младшим медицинским персоналом;
- контролировать проведение гигиенического обучения и воспитания населения, осуществлять пропаганду здорового образа жизни;
- обеспечивать правильную организацию питания больных, составлять порционные листы на питание больных, контролировать получение и качество пищи;
- обеспечивать организацию и контроль своевременности прохождения медицинских осмотров сотрудниками отделения.

#### Палатная медицинская сестра

На эту должность назначается лицо со средним медицинским образованием по специальности «Сестринское дело» или «Лечебное дело» и имеющее соответствующий сертификат. В должностные обязанности палатной медицинской сестры входят:

- уход и наблюдение за больными в соответствии с принципами медицинской деонтологии;
- своевременное и точное выполнение назначений лечащего врача;
- участие в обходах лечащих врачей;
- санитарно-гигиеническое обслуживание физически ослабленных и тяжелобольных лиц;
- прием и размещение вновь поступающих больных, проверка качества проведенной санитарной обработки, знакомство с правилами внутреннего распорядка;
- проверка передач больным, недопущение приема противопоказанных продуктов, контроль хранения продуктов в холодильниках, тумбочках;
- дежурство по палатам у постели больного;
- контроль за получением пищи согласно номеру диетического стола, назначенного лечащим врачом;
- контроль за своевременным приемом лекарственных средств;
- своевременное и четкое оформление медицинской документации;
- обеспечение сохранности, исправности и готовности к использованию медицинского инструментария, спецодежды;
- повышение профессиональной квалификации, участие в научно-практических конференциях для среднего медицинского персонала;
- пропаганда здорового образа жизни среди больных и их родственников.

#### Медицинская сестра процедурного кабинета

На эту должность назначается лицо со средним медицинским образованием по специальности «Сестринское дело» или «Лечебное дело» и имеющее соответствующий сертификат. Процедурная сестра организует работу кабинета, выполняет назначенные процедуры. В должностные обязанности процедурной медицинской сестры входят:

- подготовка процедурного кабинета к работе;
- проведение назначенных лечебных процедур, разрешенных для выполнения средним медицинским персоналом;
- помощь при выполнении врачебных манипуляций;

- проведение забора крови из вены для диагностических исследований;
- строгий учет и хранение лекарств группы А и В, обеспечение наличия средств оказания неотложной медицинской помощи;
- соблюдение правил асептики и антисептики в процедурных кабинетах;
- подготовка изделий медицинского назначения, белья к стерилизации;
- контроль санитарно-гигиенического содержания процедурного кабинета;
- ведение необходимой учетно-отчетной документации;
- повышение профессиональной квалификации;
- проведение пропаганды здорового образа жизни среди больных и их родственников.

#### Медицинская сестра операционного блока

На эту должность назначается лицо со средним медицинским образованием по специальности «Сестринское дело» или «Лечебное дело» и имеющее соответствующий сертификат. Работа операционной медицинской сестры относится к сложной и требует от нее четкости и организованности. Каждая операционная сестра должна:

- соблюдать правила асептики и антисептики в операционной;
- владеть методикой приготовления шовного и перевязочного материала, техникой и методикой гемотрансфузий;
- помогать в проведении эндоскопических исследований;
- знать ход всех типичных операций;
- уметь накладывать все типичные бинтовые повязки, транспортные шины и гипсовые лонгеты;
- следить за сохранностью и исправностью оборудования, проводить ремонт неисправного инвентаря;
- систематически пополнять операционную необходимыми медикаментами, перевязочным материалом, бельем и инвентарем;
- непосредственно участвовать в операции в качестве помощника хирурга, в необходимых случаях исполнять обязанности ассистента.

### Глава 3

#### Основы сестринского ухода

Болезнь и физические страдания нередко порождают у больного повышенную раздражительность, чувство тревоги и неудовлетворенности, иногда даже безысходности, недовольство окружающими лицами. Медицинский персонал должен уметь ограждать больного от влияния отрицательных факторов, отвлекать от чрезмерной сосредоточенности на своем болезненном состоянии.

Во время госпитализации в стационар необходимо решить вопрос о способах транспортировки больного. При возможности самостоятельного передвижения необходимости в использовании носилок или каталок не возникает. После поступления в приемное отделение проводится санитарная обработка. В последующем она повторяется каждые 7 дней со сменой белья. В зависимости от состояния больному назначается определенный

режим  
– строгий постельный,

при котором не разрешается даже сидеть;  
постельный,  
когда можно двигаться в постели, не покидая ее;  
полупостельный,  
разрешающий хождение по помещению;

общий, существенно не ограничивающий двигательной активности больного. Чем меньше ограничивается двигательная активность, тем в большей степени сохраняется способность больного к самообслуживанию. Однако это не освобождает средний медицинский персонал от необходимости соответствующего ухода, обеспечения рекомендованного врачом режима питания и рациона, наблюдения за состоянием и выполнением врачебных назначений.

Температура в больничных помещениях должна быть постоянной (в пределах 18–20 °С), относительная влажность воздуха должна составлять 30–60 %. Помещения необходимо ежедневно хорошо проветривать. В палате должен быть дневной свет, что влияет на настроение и состояние больного. Сила света уменьшается только при некоторых заболеваниях глаз и нервной системы.

Уборка в палатах должна проводиться не реже двух раз в день. Оконные рамы, двери, мебель вытирают влажной ветошью, пол моют или протирают щеткой, обернутой влажной ветошью. Ковры, портьеры и другие предметы, где может скапливаться пыль, лучше удалять из помещения либо часто вытряхивать или чистить пылесосом. Громкость звучания радиоприемников, телевизоров необходимо снижать, разговор не должен быть громким.

#### Уход за телом:

в случае нахождения больного на постельном режиме его ежедневно протирают губкой или полотенцем, смоченным теплой водой или каким-либо дезинфицирующим раствором (камфорным спиртом, столовым уксусом и др.). Перед обтиранием подкладывается клеенка. Кожа протирается последовательно, особое внимание уделяется обработке складок за ушами, под молочными железами у женщин, в ягодично-бедренных складках, подмышечных впадинах, межпальцевых промежутках ног, промежности. После влажного протирания кожу насухо вытирают. При отсутствии противопоказаний больные моются под душем или принимают гигиеническую ванну. Гигиенические ванны противопоказаны при геморрагических синдромах, выраженном общем истощении, инфаркте миокарда, острой сердечно-сосудистой недостаточности, нарушении мозгового кровообращения. Ванна предварительно должна быть вымыта, обработана дезинфицирующим раствором. Мочалки и щетки после использования опускают в дезинфицирующий раствор, например растворы хлорной извести осветленный 0,5 % или хлорамина 2 %, а в дальнейшем кипятят. Температура воды в ванне должна быть теплой (около 38 °С). Больному помогают осторожно погрузиться в воду, оставлять его одного в ванне не рекомендуется. При необходимости больному помогают мыться. Мытье под душем больными переносится легче. Температура в ванном помещении должна быть комфортной, необходимо избегать сквозняков. Больных с недержанием мочи и кала, а также находящихся на постельном режиме необходимо подмывать не менее двух раз в день теплой водой или слабым раствором перманганата калия из кружки Эсмарха с резиновой трубкой и зажимом или кувшина. Дополнительно необходимо иметь судно, клеенку, корнцанг, ватные тампоны. При опрелости в паховых областях кожу смазывают подсолнечным маслом, вазелином, детским кремом. При наличии мокнущих поверхностей используют тальк, детскую присыпку. Места покраснения кожи, особенно у лежачих больных, протирают камфорным спиртом, мякотью лимона, раствором бриллиантового зеленого, облучают кварцем. Для профилактики начинающихся пролежней больной кладется на резиновый круг, покрытый хлопчатобумажной подстилкой. При этом крестец должен находиться над центром круга. При недержании кала и мочи вместо круга используется резиновое судно. Очень важно следить за тем, чтобы больной длительное время не оставался в одном положении. Его необходимо поворачивать. Белье у таких больных должно меняться не реже 1 раза в неделю, при недержании мочи и кала – несколько раз в день после соответствующего обмывания.



## Требует внимания

уход за волосами.

Мужчин желательно коротко остричь. У каждого больного должна быть индивидуальная расческа. Лежачим больным голову моют в постели не реже 1 раза в неделю. При обнаружении волосяных вшей проводится соответствующая санитарная обработка с использованием инсектицидов. Если волосы короткие, то их лучше остричь и сжечь. При обнаружении лобковых вшей волосы на лобке покрывают обильной мыльной пеной и сбрасывают. Кожу обмывают теплой водой и втирают сулемовый уксус (1:300) или обрабатывают мазями: серной 33 % или серой ртутной 5—10 %. Спустя несколько часов область лобка промывается с мылом. Стрижку ногтей проводят маленькими ножницами. После использования ножницы протираются спиртом, раствором карболовой кислоты 3 % или раствором хлорамина 0,5 %.

## Уход за глазами

сводится обычно к их промыванию при выделениях, склеивающих ресницы и образующих корочки на веках. Промывание проводится стерильными марлевыми тампонами, смоченными теплым раствором борной кислоты 3 %, в направлении от наружного угла глаза к внутреннему. Лежачим больным необходимо очищать носовые ходы ватной турундой, смоченной вазелиновым маслом или глицерином.

## Уход за полостью рта:

у тяжелых больных после каждой еды проводится обработка полости рта ватным шариком, смоченным слабым раствором перманганата калия, борной кислотой, содой или кипяченой водой, удаляются остатки пищи со слизистой полости рта и зубов. После этого больной прополаскивает рот. Обработку полости рта лучше проводить в сидячем или полусидячем положении. Шея и грудь накрываются клеенкой, под подбородок подставляется лоток или тазик. Неприятный запах изо рта уменьшается при полоскании раствором соды 2 %. Съемные зубные протезы на ночь снимают, моют с мылом.

## Физиологические отправления:

для лежачих больных используются судно и мочеприемник. Перед использованием судно прополаскивается теплой водой, в нем остается небольшое количество воды. После окончания физиологических отпавлений проводится уход за областью промежности, судно моется, дезинфицируется, например, раствором хлорамина 3 % или хлорной извести и ополаскивается. У мужчин чаще используется мочеприемник, который располагается между слегка раздвинутыми бедрами трубой в сторону полового члена. Моча выливается, а мочеприемник моется и дезинфицируется. Для удаления аммиачного запаха мочеприемник периодически промывают слабым раствором хлористо-водородной кислоты.

#### Питание пациентов:

необходимо соблюдать строгий по времени режим питания. При этом внимание должно уделяться сервировке стола или прикроватного столика. При определенных заболеваниях назначается соответствующий им лечебный стол:

Стол нулевой – первые дни послеоперационного периода при вмешательствах на желудке и кишечнике, полубессознательном состоянии в связи с нарушением мозгового кровообращения, черепно-мозговых травм, при лихорадочных состояниях.

Стол № 1 – язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии затухающего обострения и в стадии ремиссии; хронический гастрит с сохраненной и повышенной секрецией в стадии затухающего обострения; острый гастрит в стадии затихания.

Стол № 1а – обострение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в первые 10–14 дней, острый гастрит в первые дни заболевания, обострение хронического гастрита с сохраненной и повышенной секрецией в первые дни заболевания.

Стол № 1б – обострение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в последующие 10–14 дней, острый гастрит в последующие дни заболевания, обострение хронического гастрита с сохраненной и повышенной секрецией в последующие 10–14 дней заболевания.

Стол № 2 – острые гастриты, энтериты и колиты в период выздоровления, хронические гастриты с секреторной недостаточностью, энтериты, колиты в период ремиссии без сопутствующих заболеваний печени, желчевыводящих путей, поджелудочной железы.

Стол № 2а – заболевания те же, что при столе № 2, характеризуется ограничением поваренной соли до 8–10 г.

Стол № 3 – хронические заболевания кишечника, сопровождающиеся упорными запорами в период нерезкого обострения и ремиссии, а также сопровождающиеся поражением желудка, печени, желчевыводящих путей, поджелудочной железы.

Стол № 4 – острые и хронические заболевания кишечника в период профузных поносов и резко выраженных диспепсических расстройств, состояние после операции на кишечнике.

Стол № 4а – хронические энтероколиты с преобладанием бродильных процессов в кишечнике. По сравнению со столом № 4 в большей степени ограничиваются углеводы и белковые продукты.

Стол № 4б – острые и хронические заболевания кишечника в период обострения, а также при их сочетании с поражением желудка, печени, желчевыводящих путей, поджелудочной железы.

Стол № 4в – острые заболевания кишечника в период выздоровления, переход к общей диете, хронические заболевания кишечника в период ремиссии.

Стол № 5 – хронический гепатит прогрессирующего и доброкачественного течения с признаками слабо выраженной функциональной недостаточности печени, хронический холецистит, желчнокаменная болезнь, острый гепатит в период выздоровления (при переходе к общей диете).

Стол № 5а – заболевания те же, что при столе № 5, характеризуется ограничением поваренной соли и жира.

Стол № 5щ (щадающий) – постхолецистэктомический синдром с сопутствующим дуоденитом, обострением хронического гастрита, гепатита.

Стол № 5ж – состояние после холецистэктомии с наличием желчезастойного синдрома и гипомоторной дискинезией желчных путей.

Стол № 5п – острый панкреатит в стадии резкого обострения (энергетическая ценность 1300–1800 ккал).

Стол № 5п – острый панкреатит в стадии стихания острых явлений и уменьшения болевого синдрома (энергетическая ценность 2300–2500 ккал).

Стол № 6 – подагра, мочекислый диатез.

Стол № 7 (малобелковый) – острый нефрит (после безнатриевых дней), обострение хронического нефрита с отечным синдромом.

Стол № 8 – различная степень ожирения.

Стол № 9 – сахарный диабет (в качестве пробной диеты, за исключением пре- и посткоматозных состояний).

Стол № 9а – сахарный диабет (у больных с избыточным весом).

Стол № 9б – сахарный диабет (у больных, получающих инсулин).

Стол № 10 – пороки сердца, кардиосклероз, гипертоническая болезнь I и II степени с не резко выраженными признаками недостаточности кровообращения.

Стол № 10а – заболевания сердечно-сосудистой системы, сопровождающиеся недостаточностью кровообращения II и III степени.

Стол № 10с (противоатеросклеротический) – атеросклероз коронарных, церебральных и периферических сосудов, атеросклероз аорты, атеросклеротический кардиосклероз.

Стол № 10и – инфаркт миокарда.

Стол № 11 – туберкулез легких, период выздоровления после тяжелого длительного заболевания (при истощении, малокровии и др.).

Стол № 12 – заболевания нервной системы.

Стол № 13 – острые инфекционные заболевания, состояние после обширных заболеваний (но не на желудочно-кишечном тракте).

Стол № 14 – фосфатурия.

Стол № 15 – общий стол, назначается при заболеваниях, не требующих соблюдения диеты. Медицинская сестра осуществляет наблюдение за состоянием больного. Обо всех изменениях в его состоянии она должна сообщать врачу. Особого внимания требуют больные пожилого и старческого возраста. Многие заболевания у них протекают атипично, без выраженной температурной реакции, с присоединением тяжелых осложнений. Эта группа больных отличается повышенной раздражительностью, что требует особого внимания и терпения со стороны медицинских сестер. Назначаемые препараты необходимо давать в строго установленные сроки, выполнять все назначенные процедуры.

#### Глава 4

#### Техника проведения основных медицинских манипуляций

#### Аутогемотерапия

##### Аутогемотерапия

– применение собственной крови больного для терапевтических целей.

Кровь берется шприцем из локтевой вены и немедленно вводится внутримышечно (можно подкожно), обычно в ягодицу. Первоначальная доза забираемой крови составляет 2 мл. Каждые 2–4 дня (в зависимости от реакции) инъекции повторяются, доза забираемой крови увеличивается при каждом последующем сеансе на 1–2 мл. Максимальная доза забираемой крови составляет 10 мл. После этого количество забираемой крови постепенно уменьшается, также на 1–2 мл каждые 2–4 дня. На вводимой дозе в 2 мл процедура аутогемотерапии заканчивается. Общий курс лечения колеблется от 5 до 10 впрыскиваний.

#### Банки сухие

##### Банки сухие

применяются обычно на область спины, боковые отделы грудной клетки, поясницу.

Кожа обтирается спиртом и смазывается вазелином. Отрицательное давление в банке создается путем введения и выведения зажженного ватного тампона, смоченного в денатурированном спирте, после чего банку быстро приставляют к коже. Банки оставляют на 10–20 минут. Для того чтобы снять банку, с одного конца оттягивают кожу, а банку отклоняют в другую сторону. После снятия банок кожу вытирают полотенцем.

## Бужирование

### Бужирование

– расширение суженного просвета трубчатых органов (пищевода, уретры) посредством металлических или мягких эластичных бужей.

## Ванны водяные простые

### Ванны водяные простые

– лечение водой.

Ванны бывают общими, местными, полуваннами.

## При

### общих

ваннах больной погружается в воду до уровня сосков. В зависимости от температуры воды общие ванны бывают

холодными

(24–27 °С),

прохладными

(28–32 °С),

тепловатыми

(33–35 °С),

теплыми

(36–38 °С) и

горячими

(39–40 °С). При

### полуваннах

больной погружается в воду до пояса. Полуванны часто сочетаются с обливанием и растиранием.

### Местные

ванны бывают

ручными, ножными, сидячими,

по форме

холодными  
(10–15 °С),  
горячими  
(40–45 °С),  
переменными  
с чередованием действия холодной и горячей воды. Длительность водяных ванн колеблется от 5—10 до 45 минут.

#### Ванны лекарственные

Ванны лекарственные  
в зависимости от добавляемых лекарственных препаратов делятся на соленые, хвойные и другие виды ванн.

При соленых ваннах в 300 л воды добавляется 2–5 кг поваренной соли. При хвойных ваннах в теплую пресную или соленую воду всыпают 25—100 г порошка, содержащего хвойный экстракт, или вливают 2 столовые ложки жидкого экстракта.

#### Венепункция

Венепункция  
– прокол вен, проводится с диагностической целью (забор крови для исследования), для переливания крови, введения различных лекарственных веществ.

Пункция чаще проводится в локтевом сгибе или тыле кисти и стопы. Перед проведением процедуры кожа обрабатывается спиртом. Для лучшего выявления вены конечность выше места пункции перетягивается жгутом. При взятии крови жгут оставляется до окончания процедуры, при вливании – жгут снимается после попадания иглы в вену. Лучше использовать иглы с коротким срезом.

#### Внутривенное вливание

Внутривенное вливание  
– введение больших количеств жидкостей или лекарственных растворов внутривенно.

#### Втирание

Втирание  
– способ введения лекарственных веществ через кожу.

Небольшое количество лекарственного вещества наносят на кожу после предварительного обмывания ее горячей водой с мылом и втирают применяемое средство в направлении тока лимфы. Данная процедура проводится ежедневно или через день.

## Газоотведение

### Газоотведение

– способ удаления газов из кишечника.

Толстую резиновую трубку, смазанную жиром, вводят в заднепроходное отверстие на глубину 25–30 см, оставляя снаружи 10–15 см. Конец трубки опускают в подкладное судно. Больной лежит на спине. Трубка оставляется в прямой кишке на 1–2 часа, после чего ее удаляют. Перед введением газоотводной трубки следует сделать сифонную клизму.

## Горчичники

### Горчичники

накладываются обычно на область грудной клетки, спины, шею

. Сухой горчичник смачивается водой и прикладывается к коже на 10–30 минут. Для приготовления горчичника (свежего) сухая горчица замешивается с небольшим количеством воды. Полученную кашицу намазывают на ткань или бумагу, прикладывают на соответствующий участок кожи и сверху накладывают кусок компрессной бумаги. Горчичник оставляют на 5—30 минут в зависимости от чувствительности кожи.

## Грязелечение

### Грязелечение

– использование грязи различного происхождения с лечебной целью.

Используются иловые, торфяные и вулканические грязи. Грязь нагревается по принципу водяной бани, а также при помощи пара, электротока, солнечных лучей. Для грязелечения обычно пользуются аппликационным методом при температуре грязи 40–50 °С. Продолжительность процедуры 15–30 минут. По окончании процедуры принимается душ, назначается отдых. Используются грязевые ванны (жидкие, средние, густые), грязевые медальоны, натирание тела грязью в сочетании с солнечными ваннами.

## Инъекции

Введение лекарственных веществ в организм больного с помощью шприцев. Собрав шприц с иглой, набирают раствор для инъекции, предварительно убедившись в соответствии назначенному вводимому лекарственному средству. Для каждой инъекции требуется две иглы:

одна с широким просветом для набора раствора в шприц, другая – непосредственно для инъекции. Смена игл обеспечивает соблюдение стерильности. Перед забором материала проводится предварительная обработка спиртом или йодом шейки ампулы или резиновой пробки флакона с лекарственным веществом. Вскрытая ампула берется в левую руку, правой рукой в нее вводится игла, надетая на шприц. Оттягивая поршень, постепенно набирается в шприц нужное количество лекарственного содержимого. Затем надавливанием на поршень постепенно выталкивается воздух из шприца до появления капель из просвета иглы. Если вводится масляная жидкость, ампула предварительно подогревается опусканием в теплую воду. Кожа больного перед инъекцией протирается стерильным тампоном, смоченным в спирте.

В зависимости от способа инъекции и вводимого вещества используются шприцы различных объемов (от 0,1 до 20 мл и больше) с нанесенной шкалой делений и иглы с длиной от 3–4 до 8–10 см и шириной просвета от 0,3 до 1,5 мм. В настоящее время используются в основном одноразовые стерильные шприцы, которые собираются следующим образом: пинцетом в правой руке берут иглу за муфту, насаживают ее на сосок цилиндра и хорошо притирают. После этого проверяют проходимость иглы, пропуская через нее воздух или стерильный раствор, придерживая муфту указательным пальцем.

#### Внутрикожные инъекции

Для проведения инъекции необходима короткая игла длиной 2–3 см с малым просветом. В основном используют ладонную поверхность предплечья, а при новокаиновых блокадах – и другие участки тела. Место предполагаемой инъекции протирают спиртом. Иглу вкалывают в кожу срезом вверх, затем продвигают на 3–4 мм, выпуская небольшое количество лекарственного средства. На коже появляются бугорки, которые при дальнейшем введении лекарства превращаются в «лимонную корочку».

#### Подкожные инъекции

Местами введения инъекции являются наружная поверхность плеча, подлопаточная область, боковая поверхность брюшной стенки, передненаружная поверхность бедра. Кожу в месте инъекции протирают спиртом, захватывают пальцами левой руки в складку, вводят иглу под углом 45°. После того как игла пройдет сквозь кожу, шприц придерживают левой рукой и большим пальцем правой руки медленно давят на поршень. По окончании введения раствора иглу быстрым движением извлекают. Место прокола обрабатывают новым тампоном, смоченным спиртом.

#### Внутримышечные инъекции

Местами введения инъекции являются большая ягодичная мышца, мышцы живота и бедер. Используют иглу длиной 7–10 см. Визуально ягодичку делят двумя перпендикулярными линиями на четыре квадрата. Место предполагаемой инъекции протирают спиртом. Шприц держат перпендикулярно, затем быстрым четким движением вводят иглу в мышцу в верхний наружный квадрат на глубину 7–8 см. Следует убедиться, что игла не попала в кровеносный сосуд, для чего подтягивают поршень на себя и смотрят на окраску лекарственного раствора. Если появляется характерный цвет крови, иглу следует быстро извлечь и повторить попытку. После удачного прокола начинают медленно вводить лекарство. При введении масляных растворов их предварительно подогревают. Место укола смазывают еще раз спиртом.

#### Внутривенные инъекции

Местом проведения инъекции чаще всего служат вены локтевой ямки. Лекарственные препараты вводят непосредственно в вену. Руку пациента укладывают на специальную резиновую подушечку и максимально разгибают, затем перетягивают жгутом выше места инъекции. Для лучшего наполнения вены кровью больному предлагают энергично сжимать и разжимать кулак. Место укола обрабатывают спиртом. Иглу вводят в кожу срезом вверх под углом 30–45°. После прокола угол уменьшают до 5–10°. При появлении ощущения некоторого сопротивления прокалывают стенку вены и еще немного продвигают иглу по ходу вены. Затем потягивают поршень шприца на себя. Поступление крови в шприц свидетельствует о попадании в вену. Жгут снимают и медленно вводят лекарственный раствор. После введения лекарства иглу медленно извлекают, на место прокола кладут ватный тампон, смоченный спиртом, игибают руку пациента в локте.

## Катетеризация

### Катетеризация

– введение катетера в мочевой пузырь с целью получения мочи для исследования, выведения мочи при ее задержке и с лечебной целью.

Используются мягкие резиновые катетеры, полутвердые (приготовленные из шелковой ткани, пропитанной особой мастикой) и твердые металлические.

### Введение мягкого катетера

Стерилизация катетера производится кипячением. После предварительного обмывания наружного отверстия мочеиспускательного канала катетер, смазанный вазелиновым или стерильным растительным маслом, глицерином, анатомическим пинцетом, вводится в уретру. Перехватывая его пинцетом, вводят до мочевого пузыря.

### Полутвердые катетеры

Стерилизуются обычно формалином в специальных сосудах. Катетеры вводят таким образом, чтобы их изгиб был направлен в сторону лонного сочленения, натягивая половой член левой рукой на катетер. Катетер доводится до лонного сочленения, затем опускается вниз, после чего он проходит в мочевой пузырь.

### Металлические катетеры

Стерилизация металлических катетеров проводится кипячением. Вводятся таким же образом, как полутвердые катетеры.

Катетеризация у женщин проводится с соблюдением всех правил асептики. Больная лежит на гинекологическом кресле или на кровати со слегка согнутыми в коленных суставах ногами, которые подведены к животу и разведены в стороны. Медсестра левой рукой раздвигает половые губы, а правой сверху вниз (в сторону заднего прохода) тщательно протирает вульву тампоном, смоченным в растворе сулемы 1: 1000. Затем той же рукой пинцетом берет мягкий катетер или женский металлический, облитый вазелиновым или стерильным растительным маслом. Находит наружное отверстие мочеиспускательного канала, осторожно вводит катетер. Катетер вводят только правой рукой, постепенно продвигая вглубь пинцетом; при этом пинцет надо держать большим и указательным пальцами. Наружный конец катетера зажимается между IV и V пальцами. Когда моча перестает выходить самостоятельно, можно слегка надавить через брюшную стенку на низ живота в проекции мочевого пузыря для выведения остаточной мочи, а затем катетер медленно извлекается наружу.

Катетеризация у мужчин проводится при соблюдении всех правил асептики. Медсестра берет в левую руку половой член, открывает его головку и тщательно протирает тампоном, смоченным раствором сулемы или борной кислоты. Катетер должен быть полит стерильным растительным маслом или вазелином.

## Клизмы

### Клизмы

применяются для введения в кишечник через прямую кишку жидких веществ.

### Клизма очистительная

В толстый кишечник через прямую кишку вводится кипяченая вода в количестве 500—1500 мл, температура воды 20–35 °С. Используется кружка Эсмарха с резиновой трубкой, оканчивающейся наконечником, который перед введением смазывается жиром. Больной укладывается на правый бок с подтянутыми к животу ногами.



#### Сифонная клизма

Делается с помощью резинового зонда, соединенного с воронкой. Больной лежит на спине, ноги согнуты в коленях. Зонд вводится в прямую кишку, в воронку наливается жидкость. При поднятии воронки вверх жидкость поступает в кишечник. При последующем опускании воронки жидкость вместе с газами и кусочками кала выделяется наружу. Производя попеременно такие манипуляции в течение 10–20 минут, удастся очистить кишечник от каловых масс.

#### Лекарственные клизмы

Введение небольших количеств лекарственных веществ в полость кишечника. Перед постановкой лекарственной клизмы делается очистительная клизма. Применяется с целью уменьшения в толстом кишечнике явлений воспаления, раздражения.

#### Всасывательные клизмы

Больному делается очистительная клизма, и через 30 минут в подогретом виде вводятся 200–250 мл лекарственного раствора.

#### Капельные клизмы

Введение больших количеств лекарственных растворов (до 6 л) посредством кружки Эсмарха с резиновой трубкой и катетером, который вводится в прямую кишку. На протяжении трубки устанавливается капельница, поступление жидкости по каплям регулируется зажимом Мора. Предварительно делается очистительная клизма.

#### Питательные клизмы

Введение в прямую кишку в теплом виде разнообразных питательных смесей в количестве 150–200 мл. За час до постановки клизмы необходимо сделать очистительную клизму.

#### Микроклизмы

Введение небольших количеств настоев и растворов. Клизмы делают в количестве 100 мл, 50 мл, 25 мл и менее. Вводятся в прямую кишку при помощи резинового баллона и даже шприца, на конец которого надевают резиновый наконечник. Температура жидкости 35–37 °С. До введения микроклизмы делают очистительную клизму.

### Компресс

#### Компресс

бывает трех основных видов –  
согревающий, холодный  
и  
горячий.

#### Согревающий компресс

Согревающий компресс состоит из слоев:

- прослойки, смоченной в растворе (воде комнатной температуры, полуспиртовом растворе и др.);
- водонепроницаемого слоя (клеенки, вощеной бумаги);
- материала, плохо проводящего тепло (ваты);
- фиксирующей повязки.

Длительность согревающего компресса – 6–8 часов.

#### Холодный компресс

Холодный компресс состоит из одной прослойки, смоченной как можно более холодной водой. Смена проводится каждые 3–5 минут.

#### Горячий компресс

Горячий компресс состоит из одного слоя гидрофильной ткани, смоченной водой температурой 60–70 °С и быстро отжатой.

### Пиявки

Приставляются обычно к коже за ушами (в области сосцевидного отростка) или к копчику в количестве 3–5 штук. Кожа предварительно обрабатывается спиртом, а затем водой. Пиявку помещают в пробирку головным концом вверх. Пробирка приставляется к коже и держится до тех пор, пока пиявка не присосется. Таким же образом поступают с остальными пиявками. Пиявка обычно сосет кровь 30–40 минут, раздуваясь от крови, и затем сама отваливается. Если пиявку нужно снять раньше, то необходимо посыпать ее солью или смочить соленой водой. Отрывать пиявку не следует. По окончании процедуры накладывается повязка на 2–3 дня.

#### Промывание желудка

Лечебный прием, основанный на принципе сифона. Жидкость для промывания – вода или лекарственный раствор комнатной температуры (18–20 °С). Положение больного – сидячее. Желудочный зонд представляет полую резиновую трубку длиной 75–100 см со слепым закругленным концом, на котором имеются овальные боковые отверстия. Зонд вводится на расстояние 50–60 см от края зубов. На зонд надевается воронка, через которую вводится жидкость. При опускании воронки жидкость вместе с желудочным содержимым вытекает обратно.

#### Спринцевание

Введение во влагалище воды или различных водных растворов лекарственных веществ. Производится с помощью кружки Эсмарха, резиновой трубки и наконечника, снабженного одним или несколькими отверстиями. Наконечник стерилизуется, кружка и резиновая трубка обмываются дезинфицирующим раствором. Температура раствора для спринцевания обычно 36–37 °С, количество раствора – до литра. Кружка подвешивается на высоту 70–120 см над уровнем кровати. Больная с согнутыми ногами и разведенными бедрами укладывается на подкладное судно или гинекологическое кресло. После туалета наружных половых органов левой рукой раздвигают большие половые губы и правой рукой вводят наконечник во влагалище, регулируя поступление жидкости зажимом Мора. После спринцевания рекомендуется покой на час.

#### Энтеральное введение лекарственных средств

Введение лекарственных препаратов через ротовую полость. Способ наиболее простой и удобный. Необходимо соблюдать рекомендации врача и инструкции по применению лекарственного препарата. Недостатком способа является появление раздражения слизистой оболочки полости рта, желудка.

### Глава 5

#### Подготовка больных к медицинским манипуляциям

##### Подготовка к лабораторным исследованиям

##### Белковые фракции

Для исследования необходима сыворотка. Кровь берется натощак в количестве 1 мл.

##### Билирубин и его фракции

Для исследования необходима сыворотка. Кровь берется натощак в количестве 5–6 мл. Во избежание гемолиза кровь берется сухой иглой, самотеком, непосредственно в пробирку. Взятая кровь должна быть доставлена в лабораторию в максимально короткие сроки.

Больной не должен принимать лекарства или пищу, которые вызывают искусственную окраску сыворотки (морковь, апельсины, большое количество зеленых овощей), аскорбиновую кислоту.

#### Билирубина качественная проба

Для исследования необходима свежесобранная моча. Взятие крови на общий анализ  
Перед взятием крови больной не должен есть. Категорически запрещаются физиопроцедуры, рентгеновское исследование, физические нагрузки и длительная ходьба.

#### Время свертывания крови

Для исследования необходима цельная нестабилизированная венозная кровь. Первые две капли из иглы удаляются, затем в пробирку выпускается 1 мл крови и включается секундомер.

#### Дифтерия, бактериологическое исследование

Забор материала (слизь из зева и носа) проводится не ранее чем через два часа после еды, до применения полоскания. При взятии материала необходимо проводить вращательные движения тампоном. Для взятия материала из носа используется один тампон, который поочередно вводится в носовые ходы, не касаясь крыльев носа снаружи.

Материал с миндалин берется отдельным тампоном, обязательно с использованием шпателя, не касаясь языка, слизистой щек и зубов. При наличии налетов материал берется с границы налета и здоровой части. Если налетов нет, то материал берется последовательно с миндалин, дужек, язычка, задней стенки глотки. Тампоны отправляются в лабораторию немедленно после забора материала, на питательную среду материал должен быть засеян не позднее 2–3 часов после взятия.

#### Кальция определение

Для исследования необходима сыворотка. Кровь берется натощак в количестве 3–4 мл. Во избежание гемолиза кровь берется сухой иглой, шприцом, непосредственно в пробирку. Взятая кровь должна быть доставлена в лабораторию в максимально короткие сроки.

#### Коагулограмма

Для исследования необходима цельная венозная кровь. Кровь берется в пробирку со стабилизатором (раствор оксалата натрия) в соотношении 1:9, немедленно доставляется в лабораторию.

#### Копрологическое исследование

Кал доставляется в лабораторию свежесобраным, в чистой, сухой стеклянной посуде. Нельзя направлять кал после клизмы, приема медикаментов, изменяющих перистальтику (белладонны, пилокарпина и др.). Кал не должен содержать посторонних примесей, мочи.

#### Кровь на гемокультуру

Кровь берется из локтевой вены. Количество крови – 5 мл при лихорадке и 10 мл – в период снижения температуры. Кровь переносится в среду Раппопорта при соотношении крови и среды 1: 10. Доставляется в лабораторию.

#### Кровь на менингококки

Несколько капель стерильно взятой крови из вены засевают непосредственно на чашку с питательной средой, а затем 1–2 мл крови засевают в пробирку с полужидким агаром. Все доставляется в лабораторию.

#### Кровь на стерильность

Правила забора крови те же, как при исследовании на гемокультуру. Кровь переносится во флакон с глюкозным бульоном и агаровым косяком.

#### Мокрота на общий анализ, микобактерии туберкулеза

Перед сбором мокроты больному необходимо почистить зубы, прополоскать рот, затем откашляться. Свежесобранную мокроту собирают в чистую сухую банку.

#### Моча на глюкозурический профиль

Собирается несколько порций мочи и в определенное время: 1-я порция – с 9 до 14 часов, 2-я порция – с 14 до 19 часов, 3-я порция – с 19 до 23 часов, 4-я порция – с 23 до 6 часов, 5-я порция – с 6 до 9 часов. Все порции мочи направляются в лабораторию.

#### Мочевина, креатинин

Для исследования необходима сыворотка. Кровь берется натощак в количестве 3 мл. Во избежание гемолиза кровь берется сухой иглой, шприцом, непосредственно в пробирку.

#### Натрий и калий

Для исследования необходима плазма. Кровь берется в пробирку с гепарином, без следов гемолиза, натощак, 2–3 мл.

#### Общий анализ мочи

Больной утром собирает все количество выделенной мочи в чистую стеклянную посуду. Собранная моча доставляется в лабораторию не позже 30–90 минут после выделения. Для женщин необходим предварительный туалет половых органов. В период месячных собирать следует осторожно. От тяжелобольных моча доставляется в любом количестве. Лежачих больных предварительно подмывают слабым раствором марганцовокислого калия. При этом промежность вытирается в направлении от половых органов к заднему проходу стерильным ватным тампоном. Вторым сухим тампоном осушают кожу в том же направлении.

#### Общий белок

Для исследования необходима сыворотка. Кровь берется натощак в количестве 2 мл.

#### Общий холестерин

Для исследования необходима сыворотка. Кровь берется натощак в количестве 1 мл после предварительного 12—14-часового голодания. За 2 недели до исследования необходимо отменить прием препаратов, снижающих уровень липидов в крови.

#### Проба Зимницкого

Предварительной подготовки больного не требуется, проводится при обычном режиме и питании. Медсестра накануне исследования готовит 8 банок для сбора мочи. На каждую банку наклеивается этикетка с указанием числа и часа сбора мочи. В 6 часов утра больному предлагается опорожнить мочевой пузырь. Сбор мочи начинается с 9 часов утра, затем через каждые 3 часа в отдельную банку – в 12 часов, 15 часов, 18 часов, 21 час, 24 часа, 3 часа и 6 часов утра. Утром все порции доставляются в лабораторию.

#### Проба Нечипоренко

Проводится для определения числа форменных элементов в разовой порции мочи. В лабораторию доставляется свежесобранная порция мочи из средней струи в момент мочеиспускания.

#### Проба Реберга

Обследуемый натощак выпивает 400–500 мл воды или сладкого чая. Первая порция мочи выливается, точно отмечается время мочеиспускания. Ровно через час собирается вся моча. До этого через 30 минут после первого мочеиспускания забирается 5–6 мл крови из локтевой вены. Взятая кровь и собранная моча отправляются в лабораторию. При длительном хранении изменяются свойства мочи, разрушаются клеточные элементы осадка. Чтобы этого не происходило, мочу можно хранить в холодильнике или на холоде.

#### Промывные воды

Промывные воды берутся в количестве 100–200 мл в стерильную посуду только из шланга или в процессе рвоты. Из ведра или тазика материал не берется.

#### Сахар в крови

Кровь берется из пальца или вены натощак. Больной находится на обычной диете, без ограничений, но без избытка жиров и углеводов. За 3 дня до пробы отменяются инъекции глюкозы, кофеина, адреналина.

#### Сахар в моче

Исследование проводится в любой доставленной порции и при проведении общего анализа мочи.

#### Сиаловые кислоты

Для исследования необходима сыворотка. Кровь берется натощак в количестве 5–6 мл.

#### Спинномозговая жидкость

После люмбальной пункции взятый материал немедленно доставляется в лабораторию для проведения общего анализа, определения микобактерий туберкулеза, менингококков, сахара, хлоридов.

#### Сывороточное железо

Для исследования необходима сыворотка. Кровь берется натощак в количестве 5–6 мл. Больные не должны получать желездефицитные препараты 2 недели.

#### Тимоловая проба

Для исследования необходима сыворотка. Кровь берется натощак в количестве 1 мл.

#### Трансаминазы

Для исследования необходима сыворотка. Кровь берется натощак в количестве 2–3 мл.

#### Уробилиновые тела, качественная проба

Исследование выполняется в свежесобранной моче, которая срочно доставляется в лабораторию.

Уропепсина определение активности

В 22 часа больной опорожняет мочевой пузырь. С этого времени в течение 10–12 часов собирается моча, определяется ее количество, затем моча доставляется в лабораторию.

Проба дает ориентировочное представление о кислотности желудочного сока.

Экссудаты и трансудаты на общий анализ

Полученный материал (весь или последняя порция) собирается в чистую, сухую посуду и немедленно доставляется в лабораторию.

Яйца глист

Исследование проводится утром, до вставания с постели. Шпателем, смоченным в растворе глицерина 50 %, проводится соскабливание со складок в окружности ануса. Помещенный между покровными стеклами материал доставляется в лабораторию.

### Подготовка к рентгенологическому исследованию

Желудка исследование

Исследование выполняется утром натощак. Накануне больного предупреждают об исследовании. Специальная диета не назначается. За 1–2 дня из рациона исключаются продукты, способствующие газообразованию в кишечнике (черный хлеб, горох, картофель, молоко). Ужин перед исследованием должен быть легким – стакан полусладкого чая и небольшой кусок белого хлеба с маслом. Очистительных клизм перед исследованием не делают. При значительной задержке стула в течение нескольких дней кишечник очищается сифонными клизмами.

Пищевода исследование

Специальной подготовки обычно не требуется. Исследование лучше проводить натощак, когда имеется возможность осмотреть еще и желудок. Если в этом нет необходимости, то исследование может быть выполнено в любое время.

Почек исследование

Подготовка ведется путем максимального очищения кишечника. Назначается диета, исключающая газообразование. Клизмы должны быть высокими, делаются дважды – накануне исследования и обязательно за 1–1,5 часа до проведения исследования. За 1–2 дня до исследования ставится биологическая проба с раствором верографина 60 % (1–2 мл). В день исследования вводится раствор верографина 60 % (30–40 мл). При ретроградной урографии верографин вводится через зонд в мочевые пути.

Поясничный отдел позвоночника, исследование

Больному необходимо очистить кишечник сифонной клизмой, которая делается накануне и за 1–1,5 часа до исследования.

Толстой кишки исследование

Больной готовится к исследованию 3 дня. В 1-й день больному в обед дается только 1-е или 3-е блюдо. В 18 часов делается сифонная клизма объемом 1,5–2 л, в 22 часа – вторая клизма на 1,5–2 л. Во 2-й день в 6 часов проводится очистительная клизма. Больной завтракает и обедает, исключая 2-е блюдо. В 18 часов сифонная клизма повторяется (объем 1,5–2 л), следующая – в 22 часа (объем 1,5–2 л). На третий день в 6 часов очистительная клизма повторяется. С 9 до 10 часов больной направляется в рентгеновский кабинет.

Тонкой кишки исследование

Исследование проводится как продолжение исследования желудка.

Холецистография внутривенная

Необходимо 3 дня подготовки. Из рациона исключаются продукты, вызывающие повышенное газообразование (стол № 1а).

За 1–2 дня до исследования ставится биологическая проба с рентгеноконтрастным веществом – билигност 20 % (1–2 мл). Вечером после еды проводится очистительная клизма. Утром в день исследования вводится рентгеноконтрастное вещество (билигност 20 %) в объеме от 30,00 до 40,00 мл.

Холецистография пероральная

Необходимо 3 дня подготовки. Из рациона исключаются продукты, вызывающие повышенное газообразование (стол № 1а). Три дня до исследования 1 раз в день внутривенно вводится глюкоза с аскорбиновой кислотой. Накануне дня исследования в 15 часов дают 2 сырых желтка, в 19 часов – 1 стакан сладкого чая и белую булочку с маслом. За 2 часа до исследования с интервалом в 10 минут выпивается 6 таблеток рентгеноконтрастного вещества (билитраста). Каждая таблетка запивается глотком сладкого чая. Больной больше не ест. Выполняется рентгенологическое исследование. После этого вечером и утром больному делают очистительные клизмы.

Подготовка к эндоскопическому исследованию

### Бронхоскопия

#### Бронхоскопия

– визуальное инструментальное исследование бронхиальной системы с помощью эндоскопа, вводимого в дыхательные пути.

Для проведения исследования используются жесткие эндоскопы Фриделя и Шторца, представляющие собой системы из жестких полых металлических трубок, оснащенных оптикой и устройством для искусственной вентиляции легких. Бронхоскопия может выполняться под местной анестезией и под наркозом. При подготовке к бронхоскопии у больного должно быть получено предварительное согласие на проведение процедуры. У исследуемого должны быть абсолютно пустой желудок, опорожненный мочевой пузырь, по возможности – кишечник. Последний прием пищи разрешается не позднее 21 часа накануне исследования. Перед выполнением процедуры весь участвующий в ней медицинский персонал должен обработать руки (как при подготовке к операции). Больной лежит на спине, медсестра должна подложить под плечи плотную нетолстую подушку стандартных размеров. Голову и шею следует приподнять на 10–12 см валиком или специальным держателем, разгибая тем самым шею. Медсестра обязана успокоить больного и следить за тем, чтобы во время бронхоскопии больной не втягивал голову и не выгибал грудь вперед. На случай возникновения рвоты должны быть приготовлены отсос с катетерами для удаления рвотных масс, аппарат для искусственной вентиляции легких. После исследования больной должен находиться не менее 3 часов в горизонтальном положении. После этого разрешается принимать воду и пищу.

### Гастроскопия

#### Гастроскопия

– метод визуального исследования слизистой оболочки пищевода, желудка.

Подготовка и проведение процедуры такие же, как при эзофагоскопии.

### Дуоденоскопия

#### Дуоденоскопия

– метод визуального исследования слизистой оболочки пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки.

Подготовка и проведение процедуры такие же, как при эзофагоскопии.

### Колоноскопия

### Колоноскопия

– метод визуального исследования слизистой оболочки толстой кишки.

Подготовка больных заключается в полноценном очищении кишечника. Назначается бесшлаковая диета, выполняется механическая очистка кишечника слабительными средствами и клизмами. Из слабительных средств используются касторовое масло по 60–80 мл, сенна 140 мг, раствор магния сульфат 25 % 125–250 мл, которые назначаются за сутки до исследования. Наиболее часто используются: фортранс – 1 пакет разводится в 1 л воды, для исследования необходимо 4 пакета (принимается согласно аннотации накануне исследования); раствор маннита 5 %– до 1500 мл за 4–5 часов до исследования и солевые растворы. После опорожнения кишечника больному ставят две очистительные клизмы объемом до 1–1,5 л водой комнатной температуры (25–26 °С) с интервалом в 1–2 часа, а в день исследования утром выполняют еще две клизмы – в 7 и 8 часов. Исследование проводят спустя 2 часа после последней клизмы. Если у больного имеются запоры, то за 3–4 дня до обследования необходимо перейти на специальную диету, включить в рацион свежие овощи и фрукты, бобовые, черный хлеб, капусту в любом виде. Кроме того, необходимо ежедневно принимать слабительные препараты, которыми пациент обычно пользуется. Колоноскопия выполняется под местной анестезией, а у лиц с нарушенной психикой – под наркозом. Медсестра должна помочь больному лечь на кушетку на левый бок, согнуть ноги в коленях и подтянуть их к животу. Во время исследования по указанию врача медицинская сестра помогает больному повернуться на спину, а затем вновь на левый бок. По окончании исследования необходимо помочь больному занять правильное горизонтальное положение в кровати на животе, в котором он должен находиться несколько часов. Прием пищи и питье возможны сразу после окончания процедуры.

### Лапароскопия

#### Лапароскопия

– метод визуального исследования органов брюшной полости.

Подготовка, премедикация и анестезия проводятся так же, как при операции на органах брюшной полости. Плановое исследование следует делать натощак после механического очищения кишечника клизмами вечером накануне и утром в день исследования. Волосы на передней брюшной стенке сбривают непосредственно перед исследованием. Нередко предварительно делают местную анестезию (раствор новокаина 0,25 %). Наркоз показан психическим больным и находящимся в шоковом и возбужденном состоянии. Медицинская сестра должна ознакомить пациента с принципами лапароскопии и объяснить необходимость предварительных исследований, требующихся для ее проведения, – результаты общего анализа крови, данные ЭКГ, рентгенологического исследования, УЗИ органов брюшной полости и др. Необходимо отказаться от приема пищи за 8 часов до процедуры. Через несколько часов после проведения исследования рекомендуется физическая активность в виде ходьбы. Начинать лучше с небольших прогулок, постепенно увеличивая расстояние и длительность.

### Ректороманоскопия

#### Ректороманоскопия

– метод визуального исследования слизистой оболочки прямой кишки и дистального отдела сигмовидной кишки.

Для исследования используются ректоскопы. Подготовка больного к исследованию такая же, как при других полостных визуальных исследованиях. Необходимо хорошо очистить кишечник. К проведению данной процедуры необходимо подготовить таз для возможных жидких испражнений, стерильные ватные шарики, растворы атропина 0,1 %, нитрата серебра 20 %, шприц, спирт, вазелин. Накануне вечером и утром за 2–3 часа до исследования необходимо сделать очистительные клизмы. Больной должен занять правильное положение на перевязочном столе

(коленно-локтевое

или

коленно-грудное):

встать на раздвинутые колени, а ступни ног должны свисать за край стола, раздвинутыми локтями пациент упирается на стол, максимально приближая грудную клетку к поверхности стола. Другое возможное положение: больной лежит на боку с приподнятым тазом на клеенчатой подушке или валике. Пациента накрывают простыней с отверстием для введения ректоскопа, на ноги кладется широкая клеенка. Ректоскоп перед введением слегка подогревается и смазывается вазелином. После процедуры его разбирают, моют и протирают стерилизуемые части, все остальные составляющие протираются дезинфицирующими средствами.

## Торакоскопия

Торакоскопия

– метод визуального исследования плевральной полости.

Исследованию предшествует полное клиническое обследование больного с рентгенографией грудной клетки в стандартных проекциях. При большом количестве жидкости в плевральной полости необходимо провести разгрузочные плевральные пункции. При сердечной недостаточности предварительно проводится терапия мочегонными препаратами. Больного готовят к торакоскопии так же, как к обычной хирургической операции. Накануне исследования больному назначаются седативные средства, за 30 минут до исследования подкожно вводятся растворы промедола 2 % (1 мл), атропина 0,1 % (0,5 мл).

В зависимости от наличия гнойного процесса в плевральной полости торакоскопия выполняется в операционной или перевязочной. Медицинская сестра помогает больному лечь на здоровый бок и завести руку за голову. После манипуляции медсестра помогает больному принять удобное положение на кровати и следит за его состоянием.

## Хромоцистоскопия

Хромоцистоскопия

– метод визуального исследования слизистой оболочки мочевого пузыря, устьев мочеточника и определения функции каждой почки отдельно.

Исследование выполняется в соответствующем оборудованном урологическом эндоскопическом кабинете на урологическом кресле. Внутривенно вводится раствор индигокармина 0,4 % (4 мл), а в пузырь, предварительно наполненный раствором бора 3 %, – цистоскоп. В ближайшие 4–5 минут из здорового устья поступает окрашенная моча, из поврежденного мочеточника краска или не поступает совсем, или с задержкой в виде вяло стекающей струи.

## Эзофагоскопия

Эзофагоскопия



– метод визуального исследования слизистой оболочки пищевода.

Предварительно больному для снятия эмоционального стресса на ночь назначается прием транквилизаторов. Последний прием пищи может быть не позже 21 часа накануне обследования. Исследование выполняется с использованием местных обезболивающих средств (дикаин, тримекаин, лидокаин и проч.), их можно наносить распылением, смазыванием и полосканием. Из рта вынимаются зубные протезы. При выполнении процедуры медсестра должна помочь пациенту расположить голову и туловище так, чтобы рот, ротоглотка и пищевод находились в одной плоскости, обеспечивать постоянное наблюдение за состоянием обследуемого. Больной должен быть уложен на левый бок, это положение должно сохраняться до конца исследования. После проведенного исследования принимать пищу можно после того, как полностью пройдет ощущение онемения языка и глотки, чтобы предотвратить попадание пищи и жидкости в трахею. Если в процессе процедуры выполнялась биопсия, прием еды и жидкости возможен через 1–1,5 часа. Желательно, чтобы пища была чуть теплой. Спустя 4–5 часов разрешается принимать пищу привычной температуры.

## Глава 6 Асептика и антисептика

### Асептика

#### Асептика

– система мероприятий, обеспечивающих предупреждение попадания микробов в операционную рану.

Соблюдение всех мероприятий асептики и антисептики перед операцией значительно снижает возникновение послеоперационных осложнений. Обеспечивать правильное выполнение асептических мероприятий помогают определенные организационные мероприятия. Они подразумевают использование различного рода факторов: физических, химических, биологических.

В различных профильных учреждениях одного стационара асептические мероприятия различаются между собой. Для хирургических отделений основной закон асептики имеет следующее значение: «Все, что приходит в соприкосновение с раневой поверхностью, должно быть свободно от бактерий, должно быть стерильным».

Выделяются два основных пути проникновения микробных агентов в организм: первый подразумевает попадание инфекционного агента в рану из внешней среды. Этот путь называется

экзогенным.

Инфекционный агент может попадать из воздуха (воздушная инфекция), с брызгами слюны и другими биологическими жидкостями (капельная инфекция), через непосредственный контакт соприкасающихся с раной предметов

(инструментов, перевязочного материала, дренажей и др.). При втором пути происходит попадание микробного агента из внутренней среды организма или с кожных покровов. Это

эндогенный

путь инфицирования. Возможность такого пути проникновения микроорганизмов в рану обусловлена наличием хронических воспалительных процессов в организме. Эндогенная инфекция распространяется, как правило, по сосудистому руслу (кровеносному или лимфатическому).

Для выполнения условий асептики необходима правильная планировка отделений в лечебном учреждении. Операционные следует размещать в отдельном крыле, а палаты реанимации – наиболее близко к операционным. Палаты для больных с гнойными осложнениями необходимо располагать в другом конце или на другом этаже. Больничная мебель и интерьер должны отвечать определенному ряду стандартов для мебели медицинских учреждений: мебель быть удобной для больного, при этом максимально облегчать медицинскому персоналу уход за больными, легко передвигаться по палате, а при необходимости – и по отделению. Ее необходимо выполнять из легкого и пригодного материала, позволяющего поддерживать необходимую чистоту и длительное время не портящегося от частого мытья и влажной дезинфекции.

Дезинфекция воздуха обычно проводится бактерицидными ультрафиолетовыми лампами из фиолетового стекла, дающими коротковолновое излучение. Такие мероприятия на  $3$

$3$

снижают развитие гнойных осложнений в послеоперационном периоде.

Необходимо проводить профилактику контактной инфекции, которая заключается в подготовке рук медицинского персонала к операции, стерилизации инструментов, перчаток, перевязочного материала. Специальная обработка рук важна не только перед операцией, но и при обработке операционного шва во время перевязок, перед выполнением различных инвазивных мероприятий и т. д. Для предупреждения попадания микробов в операционную рану необходимо проводить стерилизацию.

Стерилизация

представляет собой метод полного уничтожения микроорганизмов и их спор на изделиях, соприкасающихся с раневой поверхностью, кровью, инъекционными препаратами.

Общепринятыми являются такие методы, как паровой, воздушный, химический, обжигания, прокалывания. Перед непосредственным выполнением любого из этих методов стерилизации все изделия должны предварительно пройти дезинфекцию, механическую очистку, контроль качества предстерилизационной очистки, проверку готовности изделия к выполнению стерилизации.

Паровой

метод стерилизации проводится насыщенным водяным паром под давлением, что осуществляется в паровых автоклавах. Данному виду стерилизации подвергаются

белье, перевязочные материалы, инструментарий, детали приборов, шприцы, стекло, резина. Упаковочным материалом для этих предметов являются двойной слой бязевой ткани, однослойные конверты из специального пергамента, металлические барабаны с отверстиями на боковых поверхностях (биксы).

Обязательными являются наличие на этикетке бикса даты стерилизации и подпись медицинской сестры.

При давлении в 2 атм и температуре 132 °С время стерилизации составляет 20 минут; при давлении в 1,1 атм и температуре 120 °С – 45 минут.

В ходе стерилизации необходимо проводить контроль:  
термический

(измерение температуры в стерилизуемом материале);  
бактериологический

(проведение специальных биотестов на микроорганизмы). При режиме подачи водяного пара в 2 атм применяется в качестве индикатора мочевины, при подаче пара в 1,1 атм – бензойная кислота. По прекращении процесса стерилизации данные индикаторы изменяются – мочевины, вначале желтая, становится сиреневой или розовой.

#### Воздушная

стерилизация проводится сухим горячим воздухом в сухожаровых шкафах. Так стерилизуются изделия из металла, стекла. Стерилизация проводится в крафт-бумаге или совсем без упаковки (открытым способом). В пакет обычно кладут один шприц и две иглы. При стерилизации открытым способом инструменты кладутся на сетку в один слой. Режим стерилизации при температуре 180 °С составляет 1 час, при температуре 160 °С – 1,5 часа.

#### Химический

метод стерилизации подразумевает применение различных химических препаратов. Рекомендуется для изделий из полимерных материалов, резиновых изделий, стекла. Изделия полностью погружаются в химический раствор в эмалированной, стеклянной или пластиковой посуде на определенное время. На крышке посуды для стерилизации указываются дата и вид химического раствора, фамилия медицинского работника, проводившего стерилизацию и приготовление химического раствора. По окончании стерилизации все изделия и инструменты ополаскивают водой двукратно. В дальнейшем все простерилизованные инструменты закладываются в стерильные биксы, дно которых выстилается стерильными простынями. Срок хранения бикса в закрытом виде составляет 3 суток.

#### Газовая

стерилизация применяется при стерилизации эндоскопических инструментов и изделий из пластмассы. Применяется определенный газ. В качестве упаковочного материала используются двойные пакеты из полиэтиленовой пленки.

Стерилизация при помощи обжигания не дает достаточно хорошего стерилизационного эффекта. Применяется для стерилизации внутренней поверхности лотков. В лоток наливается этиловый спирт так, чтобы была смочена вся поверхность, после чего спирт поджигают. Пламя должно равномерно охватывать всю поверхность. Процесс обжигания в среднем продолжается 2–3 минуты.

#### Централизованная

стерилизация проводится в специализированном стерилизационном отделении, которое должно быть при крупных лечебных учреждениях.

#### Антисептика

##### Антисептика

представляет комплекс мероприятий, направленных на уничтожение микробов в операционной ране или в организме в целом.

Антисептика является определенной частью химиотерапии, которая направлена на инфекционный агент. Антисептика различается по виду. Она бывает физической, механической, биологической, смешанной.

#### Физическая антисептика

Физическая антисептика основана на применении физических методов уничтожения микробов в ране. Основной задачей этого вида антисептики является обеспечение выхода раневого отделяемого на повязку. Осуществить это можно с помощью гигроскопической марли, специальных антисептических губок и др. Современные методы антисептики используют ультрафиолетовые лучи, ультразвук, лазерный луч, другие физические факторы.

#### Механическая антисептика

Механическая антисептика заключается в применении механических методов очистки раны от микроорганизмов, инородных тел и нежизнеспособных тканей. Механический метод заключается в туалете операционной или других видов раны.

#### Биологическая антисептика

Биологическая антисептика проводится с помощью химиотерапевтических препаратов, которые могут действовать непосредственно на микроорганизмы, на их токсины или через другие микроорганизмы. Такие препараты должны обладать выраженными бактерицидными или бактериостатическими свойствами.

#### Бактерицидный

эффект антибактериальных препаратов связан с губительным действием на микроорганизмы.

#### Бактериостатические

антибактериальные препараты препятствуют нормальной жизнедеятельности и размножению микроорганизмов.

Имеется группа бактериофагов, которые представляют клеточные структуры определенных микроорганизмов, выполняющие очистительную функцию, поглощая и переваривая патологические микроорганизмы.

Действие антитоксинов основано на их противовоспалительном, противомикробном свойстве. Антитоксины оказывают к тому же и иммуностимулирующее действие. Эти препараты вводятся преимущественно в виде сывороток. К антитоксинам также относятся вакцины, кровь, плазма, иммуноглобулины.

#### Химическая антисептика

Химическая антисептика предусматривает применение различных химических веществ, оказывающих бактерицидное и бактериостатическое действие. Применяемые препараты должны быть достаточно безопасными для организма человека, применяться в разумной дозировке. Наиболее часто применяются следующие препараты:

- для промывания ран – раствор хлорамина Б 1–2 %, для дезинфекции рук – раствор хлорамина Б 0,5 %;
- для обработки операционного поля – раствор йодоната 1 %; для дезинфекции операционного поля, рук оперирующего персонала, краев раны применяют спиртовой раствор йода;
- для обработки рук хирурга, хранения шовного материала (шелка, кетгута) – раствор этилового или винилового спирта 70–95 %;
- для обработки ран и кожи во время операции – раствор перекиси водорода 3 %;
- для полоскания полости рта используется раствор калия перманганата 0,1–0,05 %, для спринцеваний – с разведением 0,02–0,1 %;
- для смазывания ожоговых и язвенных поверхностей используется раствор перекиси водорода 2–5 %; спиртовой раствор метиленового синего 1–3 %;
- для стерилизации и дезинфекции перчаток, а также предметов ухода за больными применяется дихлорид ртути (или сулема);
- для промывания полостей суставов, плевральной или брюшной полостей, влагалища, гнойных послеоперационных и других видов ран, пролежней, ожоговых поверхностей используется раствор фурацилина 1: 5000;
- для обработки послеоперационных швов и ран – раствор нитрата серебра 1–2 %, поскольку обладает противовоспалительным и подсушивающим свойствами;
- для лечения ран применяется риванол (этакридина лактинат) в растворах 1: 500 или 1: 2000;
- для дезинфекции дренажей, перчаток, хирургических инструментов применяется раствор формальдегида (или формалин); также может быть использован фенол (или карболовая кислота) 2–3 %; эти средства относятся к сильным ядам.

#### Смешанная антисептика

#### Смешанная антисептика

предусматривает применение двух или трех методов антисептики одновременно или последовательно. При этом выделяется поверхностная и глубокая антисептика.

При

### поверхностной

антисептике химический препарат применяется поверхностно в виде присыпок, мазей, промывания раны и полостей антисептическими растворами.

### Глубокая

антисептика – химический препарат вводится глубоко в ткани, а также в область вокруг раны или в область воспалительного очага. Выполняется лечебная блокада.

### Дезинфекция

представляет обеззараживание или удаление патогенных микробов во внешней среде, на предметах ухода за больными, медицинском инструментарии и др. Включает борьбу с членистоногими – переносчиками возбудителей болезней в природных очагах, уничтожение членистоногих и паразитов человека. Дезинфекционные мероприятия проводятся с помощью препаратов из группы фосфорорганических соединений, карбаматов.

#### Дезинфекция

##### кипячением

выполняется в специальном дезинфекционном кипятильнике с применением дистиллированной воды в течение 30 минут. В некоторых случаях в воду добавляют соду и кипятят только 15 минут. Время устанавливается с момента закипания жидкости.

##### Воздушный

метод дезинфекции проводится сухим воздухом в сухожаровом шкафу при температуре 120 °С в течение 15 минут.

##### Паровой

метод дезинфекции проводится в специальном автоклаве при помощи водяного пара под давлением. Для каждого вида материала установлены нормы температуры и давления.

##### Химическая

дезинфекция осуществляется при помощи химических обеззараживающих средств, чаще раствора хлорамина 3 %, раствора хлорной извести. Дезинфекция выполняется в эмалированной или стеклянной посуде с крышкой. На данной емкости должна обязательно быть этикетка, на которой указывается дата разведения и ставится подпись выполнившей разведение медицинской сестры. Все дезинфицируемые предметы должны быть погружены в раствор полностью.

## Глава 7

### Десмургия

#### Десмургия

– учение о наложении хирургических повязок.

Повязка представляет наложение перевязочного материала на поверхность тела, которая служит для:

- защиты раны от загрязнений извне;
- впитывания жидкости, выделяющейся из раны или гнойного очага;
- оказания лечебного воздействия на пораженные ткани.

Повязки бывают

защитными, давящими, иммобилизующими, с вытяжением.

При наложении марли, эластичных бинтов, сетчато-трубчатых бинтов повязки являются

мягкими,

при наложении клея, крахмала, гипса –

жесткими.

По характеру фиксации повязки делятся на бинтовые, безбинтовые.

#### Безбинтовые

повязки, т. е. без наложения мягкого фиксирующего перевязочного материала. К ним относятся наклейки, наложения из клеола, лейкопластыря, пращевидные, косыночные, контурные, сетчатые повязки.

#### Бинтовые

повязки, т. е. с наложением мягкого фиксирующего перевязочного материала.

Алгоритм действий:

- больному необходимо принять удобное положение;
- бинтуемая часть должна находиться на уровне груди медицинского работника, производящего бинтование, и быть в таком положении, в котором останется после окончания бинтования;
- бинтующий должен видеть лицо больного, следить за его реакцией на проводимую манипуляцию;
- пальцы должны быть вытянутыми, кисть – распрямленной, локоть – согнутым под прямым углом, плечевой сустав – при незначительно отведенной от туловища руке, тазобедренный и коленный суставы – при вытянутой ноге, стопа – в положении под прямым углом к голени.

Размеры применяемых бинтов в зависимости от места локализации повреждения: кисть и пальцы – ширина 5 см; голова, предплечье, плечо (от 7 до 9 см); бедро и туловище – 8—20 см. Эти повязки прочны и удобны.

#### Мягкие повязки

##### Ватно-марлевый воротник Шанца

Используется для иммобилизации шеи при отсутствии у пострадавшего рвоты и затрудненного дыхания. Вокруг шеи прибинтовывают 3–4 слоя ваты; образовавшийся воротник верхним концом должен упираться в затылок и сосцевидные отростки, а нижним – в грудную клетку.

##### Ватно-марлевый круг

Используется для иммобилизации головы. Затылок должен находиться в углублении круга. Пострадавший должен быть привязан к носилкам.

Возвращающаяся повязка

Бинтовая повязка, которая накладывается на культю, дистальные участки конечностей, промежность. Начинается с циркулярных туров на конечности. Затем на передней поверхности культя делается перегиб, и вертикальный тур бинта через торцевую часть культя идет на заднюю поверхность. Каждый возвращающийся тур дополнительно фиксируется с помощью циркулярного тура. Вертикальные ходы бинта последовательно смещаются к наружному и внутреннему краю культя. Дополнительная фиксация этих туров достигается спиральной повязкой.

Восьмиобразная повязка

Иммобилизация суставов.

Бинтовая повязка на суставы (плечевой, локтевой, коленный, голеностопный) обеспечивает временную иммобилизацию. Накладывается при повреждении связок, подвывихах. Начинается с циркулярной повязки, затем следуют перекрещивающиеся туры, чередующиеся с циркулярными, расположенными дистальнее или проксимальнее первых циркулярных туров.

Повязки на область затылка и заднюю поверхность тела:

круговыми ходами бинт укрепляется вокруг головы, затем выше и позади левого уха спускается вниз на правую боковую поверхность шеи, обходит шею спереди и поднимается по задней поверхности шеи вверх к правому уху. Обойдя голову спереди, бинт проходит над левым ухом, и идет наискось вниз, повторяя предыдущие ходы. Повязка закрепляется вокруг головы.

Бинтование грудной клетки

– бинт описывает восьмерку вокруг плечевых суставов, а перекрещивающиеся туры располагаются в зависимости от локализации повреждения на передней или задней поверхности грудной клетки.

Ползучая повязка

Мягкая бинтовая повязка является предварительной, так как проводится перед наложением спиральной или другой повязки. Применяется для фиксации большого по протяжению перевязочного материала. Бинтование начинается с циркулярной повязки в области лучезапястного или голеностопного суставов, затем проводится винтообразно без перекрытия туров. Между отдельными турами должно оставаться свободное пространство, равное примерно ширине бинта.

Пращевидная повязка

Повязка из полосок материи или куска бинта, накладываемая на лицо, особенно нос. Длина повязки должна составлять полторы окружности головы. Оба конца перевязочного материала надрезаются в продольном направлении на определенное расстояние. Неразрезанная часть накладывается на поврежденную область, разрезанные концы перехлестываются, при этом нижние поднимаются выше ушей и завязываются на затылке, а верхние – опускаются ниже и завязываются на шее.

Спиральная повязка

Бинтовая повязка, при которой каждый тур бинта перекрывает предыдущий только частично. Применяется для закрытия больших ран на туловище и конечностях. Начинается с циркулярной повязки выше или ниже повреждения.

Циркулярная повязка

Простейшая бинтовая повязка. При выполнении повязки ходы (туры) бинта полностью закрывают друг друга. Применяется для бинтования небольшого участка тела, чаще шеи, плеча, запястья, может быть наложена на глаз, ухо, голову.

Черепашья повязка

Бинтовая повязка, накладываемая на суставы для предотвращения сдавления нервно-сосудистого ствола. Бывает сходящейся и расходящейся.

Сходящаяся повязка



Сходящаяся повязка начинается с циркулярных туров выше и ниже сустава, туры перекрещиваются в подколенной ямке. Последующие туры приближаются друг к другу и к выпуклой части сустава, пока не будет закрыта вся область.

Расходящаяся повязка

Расходящаяся повязка в области коленного сустава начинается с циркулярных ходов непосредственно через область сустава. Затем делаются такие же туры выше и ниже предыдущего. Ходы перекрещиваются в подколенной ямке, а по передней поверхности сустава, где расходятся в обе стороны от первого тура, максимально закрывают область сустава.

#### Вытягивающие повязки

Обеспечивают комбинацию натяжения и частичной иммобилизации. В основном фиксируется положение соседних суставов.

#### Гипсовые лонгеты

Полоски бинта определенного размера, состоящие из 6–10 слоев гипсового бинта. После замачивания в теплой воде их разглаживают на весу или на столе. Затем лонгета накладывается на конечность, моделируется по поверхности пораженного участка. После затвердевания закрепляется циркулярными турами марлевого бинта. Лонгета должна закрывать всю окружность поврежденной конечности.

#### Жесткие повязки

##### Жесткие повязки

– повязки на основе гипса для лечебной иммобилизации.

Гипсовые бинты могут быть готовыми (приготовлены в заводских условиях) или изготавливаться непосредственно в лечебных учреждениях. Бинт должен быть не длиннее 2,5–3 м. После замачивания в теплой воде гипсовый бинт разглаживают на весу или на столе, затем накладывают на конечность, моделируют по поверхности пораженного участка.

При изготовлении гипсовых бинтов в лечебных учреждениях проводят накатку ручным способом: на ровный стол кладется клеенка или гладкий синтетический материал. Гипс насыпается в плоский лоток. Сестры или санитарки надевают простые матерчатые перчатки и марлевую маску. На стол наносится тонкий слой гипса. Сверху левой рукой раскатывается часть бинта, насыпается на него слой гипса, который втирается в бинт ладонью. Подготовленный таким образом бинт рыхло сворачивается и хранится в сухом месте.

#### Закрывающие повязки

К этой группе относятся все повязки, непосредственно соприкасающиеся с раной. С помощью их покрывают раневые поверхности, операционные раны или другие повреждения на поверхности тела.

Клеоловая повязка

##### Клеоловая повязка

представляет собой наклейку, фиксированную к коже с помощью клеола. При наложении этой повязки следует следить за тщательностью обработки раны,

наложением необходимого перевязочного материала, его полным фиксированием к коже с помощью клея-клеола. Края повязки, не прилипшие к коже, обрезаются ножницами. Клеоловая повязка не должна стягивать и раздражать кожу.

#### Колосовидная повязка

##### Колосовидная повязка

– это разновидность восьмиобразной повязки, отличающаяся от нее направлением бинта в месте перекреста, где туры прикрывают предыдущие не полностью и ложатся выше или ниже их.

Правильно выполненная повязка напоминает колос. Эта повязка накладывается на область тазобедренного и плечевого суставов, надплечья и в других труднодоступных областях.

#### Контурная повязка

##### Контурная повязка

– это повязка, выполняемая из специальных фабричных ватно-марлевых рулонов или из заготовок.

Выкраивается по форме контура поврежденной части тела и фиксируется пришитыми полосками. Наиболее часто применяется при ожогах, позволяет быстро и легко закрыть раневую поверхность.

#### Корректирующие повязки

Этот тип повязок предназначен для создания давления или натяжения на определенную часть тела с целью изменения ее положения или сопоставления сломанных костей и фиксации их положения относительно друг друга. Изготавливаются из быстротвердеющих или жестких материалов. Примером является корректирующая повязка при лечении сколиоза.

##### Косыночная повязка

Косыночная повязка изготавливается из такого куска материи, который может быть сложен в виде треугольника. Применяется при оказании первой помощи, в основном для подвешивания руки. Середина косынки кладется на предплечье, согнутое в локте под прямым углом. Основание косынки должно быть расположено по средней линии тела, верхушка направлена к локтю между туловищем и рукой, концы завязываются на шее. Верхушка расправляется и прикалывается булавкой к передней части повязки. Стандартная косынка имеет размеры 135 X 100 X 100 см.

##### Лейкопластырная повязка

Лейкопластырная повязка представляет собой узкую полоску липкого пластыря, наложенную поверх перевязочного материала. Накладывается в порядке оказания первой помощи на резаную рану с ее полным закрытием, при этом повязка не должна стягивать ткани, поскольку может привести к нарушению кровообращения, усилению болей. Заклеивать раны, даже мелкие, без марлевой прокладки нельзя, поскольку в таких случаях струп не образуется и возможно развитие нагноения.

#### Наклейки

##### Наклейки

– повязки с использованием специальных клеев.

Применяются для закрытия чистых ран, чаще послеоперационных, небольших гнойных очагов, фурункулов. Вначале на обработанную рану накладывается ватно-марлевая подушечка, а затем она накрывается марлей и фиксируется к коже клеящим составом. Наиболее удобно применять наклейки в области туловища, шеи, лица.

#### Неподвижные иммобилизирующие повязки

Этот тип повязок используют для фиксации части тела в определенном положении. Изготавливаются из быстротвердеющих материалов (гипса, крахмала) или из комбинации мягких материалов (перевязочных), и жестких (шины).

#### Носилки иммобилизационные вакуумные

Используются при переломах позвоночника, таза, тяжелых множественных травмах. Представляют собой герметичный двойной чехол, на который укладывается пострадавший, после этого матрац зашнуровывается. Из чехла отсасывается воздух вакуумным отсосом с разрежением 500 мм рт. ст. Через 8 минут носилки должны приобрести жесткость за счет сближения и сцепления гранул пенополистирола, которыми заполнен матрац на  $\frac{2}{3}$  объема. Необходимое положение больному в дальнейшем придается удалением воздуха.

#### Пневматические шины

Пневматические шины представляют собой герметичный двухслойный чехол с застежкой-молнией. Чехол надевается на конечность, молния застегивается, а через трубку нагнетается воздух для придания шине жесткости. Для снятия шины из нее выпускается воздух и расстегивается молния. Применяются для иммобилизации кисти, предплечья, локтевого сустава, стопы, голени, коленного сустава.

#### Повязка Дезо

Это бинтовая повязка, используемая при оказании первой помощи при переломе ключицы, плеча или после вправления вывиха плеча и удаления молочной железы. Плечевой пояс и рука фиксируются к грудной клетке. При переломе ключицы перед наложением повязки в подмышечную впадину на больной стороне помещается толстый ватно-марлевый валик для предотвращения смещения обломков при тугом прибинтовывании.

#### Шины

##### Шина Дитерихса

Шина Дитерихса состоит из раздвижной наружной и внутренней пластин, фанерной подошвы с металлическими скобами. Применяется при переломах бедра, тазобедренного и коленного суставов. При необходимости с помощью шины можно создавать вытяжение.

##### Шина Еланского

Это стандартная фанерная шина, применяется при травмах головы и шейного отдела позвоночника. На створки шины накладывается слой ваты с той стороны, где располагаются полукруглые валики из клеенки для упора головы; шина подкладывается под голову и верхнюю часть туловища и фиксируется ремнями к верхней части туловища. Голова укладывается в специальное углубление для затылочной части и прибинтовывается к шине.

Шина Крамера

Шина Крамера – гибкая лестничная шина, которой может быть придана любая форма. Применяется для иммобилизации верхних и нижних конечностей, а также головы.

Транспортная иммобилизация

Транспортная иммобилизация

– это создание неподвижности и покоя для органа, его части или всего тела на период транспортировки пострадавшего с места травмы в лечебное учреждение.

Показания:

- переломы костей;
- повреждения суставов;
- травмы крупных сосудов;
- нервных стволов;
- обширные раны;
- раздавливание конечностей;
- воспалительные заболевания конечностей (острый остеомиелит, острый тромбоз).

Наиболее часто применяют стандартные шины Крамера и Дитерихса, пневматические шины, носилки иммобилизационные вакуумные, пластмассовые шины.

Глава 8

Кровотечения, переливание крови

Кровотечения

Кровотечение

– излияние (вытекание) крови из кровеносных сосудов, которое происходит при нарушении целостности их стенки.

Артериальное

кровотечение – это кровотечение из артерий.

Изливающаяся кровь имеет ярко-красный цвет и бьет сильной прерывистой струей, выбрасываясь толчками соответственно пульсу.

Венозное

кровотечение – это кровотечение из вен.

Кровь темно-вишневого цвета, вытекает равномерной струей.

Капиллярное

кровотечение – кровь выделяется равномерно по всей поверхности раны.

Смешанное,

или

артериовенозное,

кровотечение возникает при одновременной травматизации вен и артерий.

В подобных случаях одновременно отмечаются признаки артериального и венозного кровотечения. Выделяют кровотечения:

- травматические, вызванные повреждением сосудов;
- нетравматические, связанные с нарушением сосуда любым болезненным процессом или с повышенной проницаемостью сосудистой стенки при некоторых заболеваниях.

Внутреннее кровотечение

Внутреннее кровотечение – очень опасный процесс для человеческого организма, который может повлечь за собой смерть больного. Внутреннее кровотечение разделяют на:

- явное, при котором кровь изливается в полые органы (желудок, кишечник, бронхи, мочевого пузыря) и по мере накопления выделяется наружу через естественные отверстия;
- скрытое, когда кровь поступает в замкнутую полость тела (брюшную, грудную, полость черепа); подобные кровотечения распознаются по изменению общего состояния и по симптомам скопления жидкости в полостях;
- интракраниальное (кровоизлияние), при котором кровь раздвигает мягкие ткани, образуя в них скопление (гематома), или пропитывает их.

Виды и признаки внутреннего кровотечения.

Кровавая рвота

возникает при заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки, циррозе печени, болезнях пищевода. Достоверным признаком кровотечения из желудка и двенадцатиперстной кишки является рвота «кофейной гущей» за счет содержания в рвотных массах соляной кислоты желудочного сока.

Кровь в кале

– появляется при кровотечениях из любого отдела желудочно-кишечного тракта. Дегтеобразный вид испражнений указывает на кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, темно-красная кровь, равномерно перемешанная с калом, – о кровотечении из нижних отделов кишечника, неизменная кровь, не смешанная с испражнениями, – из самых нижних отделов толстой кишки.

Кровь в моче

– свидетельствует о кровотечении из почек, мочеточников, мочевого пузыря.

#### Кровотечение в грудную полость

– симптомы малокровия сочетаются с одышкой.

#### Кровотечение желудочное (кишечное).

Клинические проявления зависят от локализации зоны кровотечения, объема излившейся крови. Характерна рвота кровью – алой, коричневой, напоминающей кофейную гущу или желе. Иногда отмечается сочетание рвоты с появлением дегтярного стула, появляющимся, как правило, на следующий день после кровотечения. Кроме этого отмечаются сильная слабость, холодный липкий пот. Появляются головокружение, чувство дурноты, потемнение в глазах, иногда кратковременное затемнение сознания, ослабление зрения, жажда, сухость языка. Пульс частый, слабого наполнения и напряжения, артериальное давление может снижаться. Температура пониженная или нормальная. Спустя 6 часов и более в анализах крови (общий) отмечаются снижение количества гемоглобина, ретикулоцитоз.

#### Для кровотечения

из стенки желудка

характерно наличие в рвотных массах жидкой крови, кровяных сгустков, чаще имеющих вид кофейной гущи. При кровотечении

из стенки двенадцатиперстной кишки

(или других отделов тонкого кишечника) рвоты, как правило, не бывает, стул

дегтеобразный. Кровотечение

из толстого кишечника

приводит к появлению в каловых массах алой крови. При кровотечении

из расширенных вен пищевода

имеется обильная, иногда фонтанирующая рвота желеобразным содержимым с алой кровью и без сгустков. Часто отмечаются увеличение селезенки, печени, расширение подкожных вен передней брюшной стенки, грудной клетки. Возможны боли в левом боку (увеличение селезенки), асцит. Для кровотечения

при эзофагите, дивертикулах, опухолях пищевода

характерно незначительное количество выделяемой крови.

#### Кровотечение из крупных сосудов

(аорты) при разрушении их опухолью сопровождается массивным, часто смертельным выделением крови.

#### Кровотечение в полость черепа:

на первый план выступают признаки сдавления головного мозга, которые проявляются головной болью, нарушением сознания, расстройствами дыхания, параличами и другими неврологическими симптомами.

#### Кровотечение легочное

– выделение крови из дыхательных путей с кашлем. Причинами могут быть туберкулез, бронхоэктазы, абсцесс или гангрена легкого, злокачественные новообразования, изредка – сифилис, актиномикоз, эхинококкоз легкого. При кровотечении из легких появляется алая пенная кровь, сильный кашель; если при кровотечении из верхних дыхательных путей появляется алая кровь, то это кровотечение носовое, пенная алая кровь – признак кровотечения из гортани, трахеи.

#### Кровотечения при заболеваниях сердечно-сосудистой системы.

Причины: сужение левого атриовентрикулярного отверстия, инфаркт легкого, болевой фактор, огнестрельные повреждения легких. Клинические проявления: кровохарканье, кровь алая, светлая, пенная, в дальнейшем может стать темной. Кровохарканье часто сопровождается кашлем. Появляются слабость, шум в ушах, иногда потемнение в глазах. Больной старается не разговаривать, не кашлять. Кожа и видимые слизистые бледные, пульс частый, слабого наполнения. В легких может появляться масса влажных разнокалиберных хрипов в месте поражения.

#### Кровохарканье

– выделение крови из дыхательных путей. Выделяются мокрота с прожилками крови, «ржавая мокрота» или «плевки чистой кровью».

#### Маточные кровотечения

являются симптомом многих гинекологических заболеваний, по своему характеру бывают обильными или скудными. Обильное кровотечение может приводить к опасному для жизни состоянию, необходима срочная помощь врача-гинеколога.

#### Носовое кровотечение

возникает при травмах носа, инфекциях, повышении артериального давления, болезнях сердца, почек, печени, некоторых болезнях крови. Влияние имеют колебания атмосферного давления, температура и влажность воздуха, раздражение слизистой химическими веществами. Носовые кровотечения не всегда сопровождаются выделением крови наружу, кровь может поступать в глотку и проглатываться, что может вызвать появление кровавой рвоты.

Помощь при внутреннем кровотечении. Больного необходимо уложить на ровную поверхность для предупреждения анемизации головного мозга. При значительной

кровопотере, вызвавшей обморок, шок, больного укладывают в положение, при котором голова находится ниже туловища. При кровотечениях желудочно-кишечных требуется:

- срочная госпитализация в хирургическое отделение. Транспортировка бережная, в положении лежа, с приподнятым ножным концом;
- строгий постельный и охранительный режим;
- сердечные и сосудистые средства по показаниям.

Если содержание гемоглобина в крови снижается до 60 ЕД, то вводят 60—100 мл плазмы внутривенно капельно, этамзилат натрия внутривенно 4 мл, внутримышечно 2 мл; внутрь 100 мл холодной аминокaproновой кислоты через зонд. При уровне гемоглобина 40–60 ЕД проводится медленное переливание крови. При уровне ниже 40 ЕД необходимо капельное переливание крови (700 мл и более) до остановки кровотечения.

Если рвота продолжается в течение суток, то больной голодает, а на эпигастральную область кладут холод. При жажде необходимо полоскать рот водой, проводить туалет полости рта. При кровотечениях легочных:

- назначается полный покой, больному придается полусидячее положение, на пораженную сторону накладывается пузырь со льдом, проводится иммобилизация поврежденной части грудной клетки лейкопластырем;
- внутривенно вводится раствор хлористого кальция 10 % – 10 мл;
- внутримышечно вводится противостолбнячная сыворотка (нормальная или противодифтерийная);
- внутривенно вводятся раствор аминокaproновой кислоты 5 % – 100 мл или раствор этамзилата натрия 12,5 % – 2 мл;
- на госпитальном этапе проводится переливание свежей или цитратной крови (100–150 мл) или плазмы крови в той же дозе;
- при эмболии в легкое, инфаркте легкого проводится терапия антикоагулянтами (гепарином);
- сердечные и сосудистые средства назначаются строго по показаниям;
- при кровотечениях из каверны применяют искусственный пневмоторакс на пораженное легкое, пневмоперитонеум.

При маточных кровотечениях до осмотра врача больную укладывают без подушки на кровать, на низ живота следует положить пузырь со льдом или холодной водой.

При носовых кровотечениях при оказании помощи больного сажают таким образом, чтобы голова находилась в вертикальном положении и была слегка отклонена назад. Также больного можно уложить, приподняв верхнюю часть туловища. Нос сжимается на 2–3 минуты. В его передний отдел вводятся тампоны, смоченные раствором перекиси водорода 3 %, на переносицу кладется холодная примочка. При продолжительном, не останавливаемомся кровотечении к затылку прикладывают пузырь со льдом. После остановки кровотечения больной должен лежать, избегать резких движений, ограничивать дыхание носом, сморкаться, принимать горячую пищу.

Наружное кровотечение

Наружное кровотечение

– кровь через рану кожи или слизистой оболочки полости рта или носа непосредственно поступает в окружающую среду.

Кровотечение травматическое:

- первичное, возникшее непосредственно после получения травмы;
  - вторичное, появляющееся или возобновляющееся через несколько дней после ранения.
- Временная остановка наружного кровотечения предотвращает опасную кровопотерю.

Кровопотеря

– уменьшение количества циркулирующей крови, приводящее к резкому нарушению обменных процессов в организме.



Тяжесть кровопотери определяется скоростью, продолжительностью излияния крови. Тяжелая кровопотеря может привести к смерти больного.

К временной остановке кровотечения относятся наложение давящей повязки, пальцевое прижатие артерии, наложение кровоостанавливающего жгута, форсированное сгибание конечности.

При капиллярном кровотечении используется наложение давящей повязки; при венозном кровотечении используется наложение давящей повязки; рана туго бинтуется с помощью индивидуального перевязочного пакета. Если его нет, на место кровотечения накладываются чистая марля или кусок стерильного бинта, поверх – неразвернутый бинт, сложенные в несколько слоев марля или чистый носовой платок, а затем туго перебинтовывается. Признаком правильного наложения является прекращение кровотечения, повязка не промокает. Если повязка промокает, то сверху накладываются еще несколько марлевых пакетов и туго перебинтовываются. Поврежденная конечность слегка приподнимается.

Артериальное кровотечение: сильно надавливают пальцами на мягкие ткани выше места ранения до тех пор, пока не будет подготовлена и наложена давящая повязка. Наложение кровоостанавливающего жгута является одним из основных способов временной остановки кровотечения при повреждении крупных артериальных сосудов конечностей. Обычно жгут накладывают на бедро, голень, плечо, предплечье. Конечность перед наложением жгута поднимают вверх. Жгут накладывают выше раны на расстоянии 5–7 см от ее верхнего края. Для того чтобы не ущемить кожу, предварительно на место наложения жгута накладывается какая-либо ткань или жгут накладывают поверх одежды, расправив при этом все складки. В теплое время года жгут можно не снимать в течение 2 часов, а в холодное время не следует держать более 1 часа. Для контроля времени под жгут прикрепляется записка с указанием даты и времени его наложения. Для обеспечения питания конечности жгут через указанные сроки периодически ослабляют, предварительно прижав пальцем поврежденный сосуд выше раны, и через 10–15 минут повторно затягивают жгут, но чуть выше или ниже прежнего места. Конечность, пережатую жгутом, тепло укутывают, но не обкладывают грелками. Форсированное сгибание конечности как способ остановки временного кровотечения применимо для верхней и в меньшей степени – для нижней конечности. Кровотечение останавливается за счет перегиба артерий. При кровотечении из ран предплечья и кисти производятся сгибание до отказа в локтевом суставе и фиксация согнутого предплечья с помощью бинта, притягивающего его к плечу. При кровотечении из ран верхней части плеча и подключичной области производится глубокое заведение верхней конечности за спину со сгибанием в локтевом суставе, конечность фиксируется с помощью бинта. Другим способом является заведение обеих рук назад с согнутыми локтевыми суставами и притягивание их друг к другу бинтом. При кровотечении из артерий нижних конечностей следует до отказа согнуть ногу в коленном и тазобедренном суставах и зафиксировать ее в этом положении.

Окончательная остановка наружного кровотечения осуществляется хирургом, к которому немедленно должен быть доставлен пострадавший.

#### Переливание крови

Переливанию крови должны предшествовать определение групповой принадлежности, индивидуальной совместимости и постановка биологической пробы.

Определение групповой принадлежности крови

Любому гемолизу при несовместимой крови предшествует агглютинация. Для определения групповой принадлежности используются стандартные сыворотки второй

и третьей группы ( $\beta$  и  $\alpha$ ), в качестве контроля берется третья капля сыворотки первой группы ( $\alpha\beta$ ). В целях выяснения действительности агглютинации к смеси сыворотки и крови нужно прибавить каплю физиологического раствора. При последующем встряхивании иногда «песчинки» расходятся, жидкость принимает гомогенно окрашенный кровянистый характер. Агглютинация считается ложной, если комочки эритроцитов остаются. Если склеивание остается стойким, то агглютинация относится к истинной.

Кровь

I

группы может быть перелита I, II, III и IV группам, а человеку с I группой крови может быть перелита только кровь I группы.

Кровь

II

группы может быть перелита II и IV группам, а человеку со II группой крови может быть перелита кровь II и I группы.

Кровь

III

группы может быть перелита III и IV группам, а человеку с III группой крови может быть перелита кровь III и I группы.

Кровь

IV

группы может быть перелита IV группе, а человеку с IV группой крови может быть перелита кровь I, II, III и IV групп.

Определение индивидуальной совместимости

К капле сыворотки реципиента прибавляется меньшая капля крови донора (консервированная кровь). При наличии агглютинации кровь перелита быть не может.

Биологическая проба.

Вводится 25 мл крови и делается перерыв на 2–3 минуты, потом снова вводится еще 25 мл крови с перерывом на 2–3 минуты и затем в третий раз – 25 мл крови. Если не наступает симптомов трансфузионных осложнений (боли в поясничной области), то переливание можно продолжить. Иногда реакции могут наступать при переливании вполне совместимой крови. Различаются три степени реакции:

- слабая – температура поднимается до 38 °С, нет головных болей, ознобов;
- средняя – температура поднимается до 38–39 °С, появляется озноб (20–30 минут);
- тяжелая – температура поднимается выше 38 °С, появляется потрясающий озноб, иногда уртикария.

Кроме реакции, наблюдаются иногда и осложнения

– гемоглинурия, анурия. Причиной осложнений большей частью бывает переливание недоброкачественной или несовместимой крови.

Бракераж консервированной крови.

Перед каждым переливанием необходимо определять годность консервированной крови. За годность крови отвечает врач, осуществляющий переливание крови. Гемолиз, инфицирование и наличие сгустков служат основанием для бракеража крови. Признаки гемолиза:

розовая окраска плазмы, в сомнительных случаях кровь необходимо предварительно отцентрифугировать, получаемая плазма должна быть розовой окраски.

Признаки  
инфицирования

крови: тусклая окраска или грязно-мутный оттенок плазмы при наличии взвесей, хлопьев, крупинок. Прозрачная плазма желто-зеленого цвета с четко выраженной линией между глобулярной массой и плазмой – отличительный признак годной консервированной крови.

## Часть 2 СПЕЦИАЛЬНАЯ ЧАСТЬ

Глава 1  
Сестринское дело в терапии

Заболевания сердечно-сосудистой системы

Основные симптомы при заболеваниях сердечно-сосудистой системы

К наиболее характерным жалобам сердечных больных относятся одышка, сердцебиение, перебои в работе сердца, боли в области сердца, отеки. Также могут отмечаться кашель, кровохарканье, головокружение, тошнота, жажда, повышенная зябкость, расстройства сна.

Одышка

– наиболее раннее и постоянное проявление недостаточности кровообращения.

Механизм одышки сложен. При этом симптоме изменяется химический состав крови, происходит нарушение функции внешнего дыхания, появляется лихорадка. В химическом составе крови происходит сдвиг рН в кислую сторону, снижается парциальное напряжение кислорода, повышается концентрация углекислоты. Нарушение функции внешнего дыхания проявляется легочным застоем, межальвеолярным отеком, повышенной ригидностью легких, гипертонией, уменьшением емкости альвеолярного пространства. В ряде случаев одышка может приобретать угрожающий характер (пароксизмальный приступ одышки) вследствие появления удушья, сердечной астмы, что чаще всего связано с резким ослаблением сократительной способности левого желудочка. Провоцирующими моментами к этому могут быть физическая перегрузка, психоэмоциональные воздействия.

Сердцебиение

– субъективное ощущение, которое обычно связано с тахикардией, сопутствующей недостаточности кровообращения, воспалительным и другим поражениям миокарда.

#### Перебои,

замирания сердца, как правило, обусловлены аритмией, чаще всего экстрасистолией.

#### Боли в области сердца

бывают различного происхождения. Наиболее частая причина – нарушение коронарного кровотока, ишемия миокарда вследствие атеросклероза венечных артерий. К другим причинам могут относиться коронарит, миокардит, перикардит.

#### Отеки

у сердечных больных обусловлены нарушением кровообращения, венозным застоем и связанными с этим нарушениями функции почек, эндокринными и электролитными расстройствами.

#### Головокружения

обычно обусловлены нарушениями мозгового кровообращения, которые могут быть проявлением общих циркуляторных расстройств. Периодически наступающие головокружения и обмороки нередко наблюдаются у больных с полной атриовентрикулярной блокадой (приступы Морганьи—Адамса—Стокса).

#### Кашель

обуславливается застойным бронхитом, полнокровием, набуханием слизистой воздухоносных путей, гиперсекрецией. Кровохарканье обычно бывает у больных с выраженной легочной гипертензией (митральным стенозом).

#### Тошнота,

снижение аппетита отмечают при выраженной недостаточности кровообращения как следствие застойного полнокровия (венозной гиперемии) внутренних органов, в том числе желудка, угнетением кислотообразующей его функции.

#### Чувство жажды

также относится к проявлениям сердечнососудистой недостаточности. Жажда обуславливается раздражением тканевых осморорецепторов вследствие уменьшения

содержания внутриклеточной жидкости. При отеках жидкость задерживается в межклеточном пространстве.

#### Повышенная

##### зябкость

свойственна больным с нарушенным кровообращением. Происходит замедление кровотока на периферии, нарушение терморегуляции.

#### Расстройства сна

(бессонница) могут быть обусловлены нарушениями мозгового кровообращения. При этом больные плохо спят из-за одышки, удушья, болей в области сердца. Сонливость, заторможенность нередко наблюдаются при выраженной гипоксии, гиперкапнии.

В анамнезе жизни таких больных могут отмечаться перенесенные в прошлом ревматизм, ангины, хронический тонзиллит и другие очаговые инфекции. Следует учитывать условия труда и быта, наследственность, применявшиеся ранее лечебные и профилактические мероприятия, их эффективность.

Сестринский уход за больными с заболеваниями сердечно-сосудистой системы  
Уход за больным с заболеваниями сердечно-сосудистой системы представляет собой совокупность мероприятий, обеспечивающих всестороннее обслуживание больного, создание оптимальных условий и обстановки, способствующих благоприятному течению болезни, скорейшему выздоровлению, облегчению страданий и предотвращению осложнений, своевременному выполнению врачебных назначений.

#### Диета:

при заболеваниях сердечно-сосудистой системы назначается стол № 10, включающий столы № 10а и 10и; для него характерно небольшое снижение энергоценности за счет жиров и отчасти углеводов, значительно ограничивается количество поваренной соли (до 6–7 г в сутки), уменьшается потребление жидкости (до 1,2 л в сутки). В меню ограничивается содержание веществ, возбуждающих сердечно-сосудистую и нервную системы, раздражающих печень и почки, а также излишне обременяющих желудочно-кишечный тракт, например, способствующих возникновению метеоризма (экстрактивные вещества из мяса и рыбы, клетчатка, холестерин, жиры, чай, кофе и др.). В рационе должно быть увеличено содержание калия, магния, липотропных веществ, продуктов, оказывающих ощелачивающее действие (молочные продукты, фрукты, овощи). Исключаются трудноперевариваемые блюда. Пищу готовят без соли, в отварном или протертом виде, придают кислый или сладкий вкус, ароматизируют, употребляют теплой. Исключаются жареные, очень холодные и горячие блюда.

Стол № 10 показан при заболеваниях сердечно-сосудистой системы с недостаточностью кровообращения I–IIА степени. Энергетическая ценность составляет 2500–2600 ккал. Режим питания составляет 5 раз в сутки равномерными порциями.

Стол № 10а назначается при заболеваниях сердечно-сосудистой системы с недостаточностью кровообращения ПБ—Ш степени. Количество свободной жидкости уменьшается до 0,6–0,7 л. Энергетическая ценность составляет 1900 ккал, режим питания составляет 6 раз в сутки небольшими порциями.

Стол № 10и показан при инфаркте миокарда. Диета состоит из трех последовательно назначаемых рационов, каждый из которых соответствует одной из стадий инфаркта миокарда.

#### Наблюдение за состоянием больных.

Лечащему врачу необходимо сообщать обо всех изменениях в состоянии здоровья пациента. Необходимо следить за появлением одышки, изменением цвета кожных покровов, кашля, кровохарканья. Особую тревогу должен вызывать внезапно появляющийся приступ удушья, сопровождающийся бледностью и синюшностью лица, возможным выделением пенистой мокроты розового цвета, что является признаком развившегося отека легких, сердечной астмы и требует безотлагательной врачебной помощи.

#### Алгоритм действий, проводимых до прибытия врача.

Больному необходимо придать полусидячее положение или приподнять головной конец кровати, опустить вниз ноги, открыть окно для притока свежего воздуха. При появлении отеков необходимо ориентировочно определять количество жидкости в рационе и измерять объем выделяемой мочи. Возникающее чувство жажды и сухость во рту облегчают, давая больному питье малыми порциями (по 1–2 глотка), увлажняют полость рта фруктовой мякотью лимона или апельсина. При появлении головокружения и резкой головной боли, особенно у лиц, страдающих гипертонической болезнью, до прибытия врача или в случае его отсутствия обязательно проводят рекомендованные ранее назначения, а также ставят горчичники на заднюю поверхность шейно-грудного отдела позвоночника. В случае возникновения резких болей за грудиной даются нитроглицерин, капли Витчала, на область сердца и грудины ставятся горчичники.

Попытки самостоятельного лечения сердечно-сосудистых приступов противопоказаны! В дальнейшем больному проводятся лечебные мероприятия, назначаемые врачом.

Гипертоническая болезнь. Гипертоническая болезнь представляет собой хронически протекающее заболевание, основным проявлением которого является повышение артериального давления. Повышение артериального давления не должно быть связано с наличием других патологических процессов в организме, которые обуславливают его изменения. К гипертонической болезни чаще приводят нервно-психическое перенапряжение, нарушение функции половых желез. Имеют значение наследственность, возраст старше 40 лет, тип высшей нервной деятельности, конституция (гиперстеническая), ожирение, избыточное употребление соли, физическая бездеятельность, курение, употребление алкоголя.

Нормальные показатели систолического артериального давления колеблются в пределах 100–120 мм рт. ст., диастолического – от 60 до 80 мм рт. ст.

Артериальная гипертензия бывает трех степеней:

I

степень называется мягкой артериальной гипертензией. Систолическое артериальное давление колеблется от 140 до 159 мм рт. ст., диастолическое – от 90 до 99 мм рт. ст.;

II

степень называется умеренной артериальной гипертензией. Систолическое артериальное давление колеблется от 160 до 179 мм рт. ст., диастолическое – от 100 до 109 мм рт. ст.;

III

степень относится к тяжелой артериальной гипертензии. Систолическое артериальное давление колеблется от 180 мм рт. ст. и выше, диастолическое – от 110 мм рт. ст. и выше.

Гипертоническая болезнь протекает в три стадии: при

I

стадии появляются периодические головные боли, шум в ушах, головокружения, носовые кровотечения, кардиалгия. Нарушается сон, снижается умственная работоспособность. Гипертензионные кризы развиваются как исключение. При

II

стадии отмечаются частые головные боли, головокружения, одышка при нагрузках, иногда приступы стенокардии. Возможно развитие гипертензионных кризов. При

III

стадии развиваются сосудистые нарушения в органах-мишенях. Для

злокачественной формы

гипертонической болезни характерны: состояние крайне высокого артериального давления (диастолическое артериальное давление превышает 120 мм рт. ст.); развиваются выраженные изменения со стороны сосудистой стенки, ишемия тканей, появляются симптомы со стороны ЦНС; прогрессируют почечная недостаточность, снижается зрение, больные худеют.

Кратковременное повышение артериального давления называется гипертоническим кризом.

Затянувшийся гипертонический криз опасен возможностью развития нарушений мозгового кровообращения, инфаркта миокарда. Для гипертонической болезни характерно длительное течение с периодами ремиссий.

Ведение больных:

с больными должны проводиться разъяснительные беседы о вредных привычках. Необходимо убедить пациента отказаться от курения, снизить массу тела, ограничивать употребление алкоголя, а также плавно увеличивать физические нагрузки. Должен измениться режим питания.

Диета:

часто и помалу; характер меню – больше растительной пищи и меньше жиров, необходимо увеличить в рационе содержание калия, кальция – это прежде всего овощи, фрукты, зерновые; и магния, содержащегося в молочных продуктах. Потребление поваренной соли необходимо снизить (не более 5 г в сутки) или отказаться от соли полностью.

Лечение

гипертонических кризов проводится согласно назначениям врача. Перорально используются  $\beta$ -блокаторы, антагонисты кальция (нифедипин), ингибиторы АПФ, мочегонные препараты (лазикс). При осложненном гипертоническом кризе гипотензивные препараты вводятся парентерально. Внутривенное введение

гипотензивных препаратов проводится под контролем артериального давления. Больной должен находиться в постели не менее 2–2,5 часов. При неосложненном гипертоническом кризе лечение может проводиться амбулаторно. В профилактических целях внимание должно уделяться использованию активного отдыха.

**Ревматизм.** Ревматизм представляет системное воспалительное заболевание соединительной ткани с преимущественной локализацией процесса в сердечно-сосудистой системе. Заболевание может развиваться в любом возрасте, но главным образом отмечается среди подростков и детей (7—15 лет). Женщины заболевают чаще мужчин. Заболевание вызывается  $\beta$ -гемолитическим стрептококком группы А. В патогенезе значение придается стрептококковым антигенам. Возможны аллергические и аутоаллергические механизмы развития заболевания. Ревматизм проявляется, прежде всего, поражением сердца с образованием пороков, суставов, реже нервной системы и других внутренних органов.

**Первый**

период, который называется «предревматизм», длится 2–4 недели с момента окончания стрептококковой инфекции до начала проявлений заболевания.

Ревматизм никогда не начинается на высоте инфекции!

Появляются недомогание, утомляемость, потеря аппетита, сердцебиение, покалывание в суставах, повышенная влажность и бледность кожи.

**Второй**

период соответствует приступу первой ревматической атаки. Отмечается лихорадка с поражением суставов, сердца (первичный ревмокардит) и других органов (легких, почек).

**Третий**

период является длительным, приводит к прогрессирующему поражению сердца, формированию сложных пороков сердца.

Поражение сердца при ревматизме носит название ревмокардит,

который может быть

первичным

или

возвратным

(при наличии сформировавшегося порока сердца). В процесс могут вовлекаться любые оболочки сердца, но наиболее часто – миокард.

Иногда первичный ревмокардит протекает без выраженных клинических проявлений и диагностируется значительно позже по наличию сформировавшегося порока сердца.

Нередко о поражении сердца свидетельствует развитие у больного сердечной недостаточности. Отсутствие признаков клинического формирования пороков в течение 6 месяцев является хорошим прогностическим признаком. Формирование порока в течение 6 месяцев свидетельствует о неблагоприятном исходе заболевания. Заболевание протекает циклически, с периодами обострений и ремиссий. При продолжительности заболевания до 6 месяцев рассматривается как острое,

свыше 6 месяцев – как хроническое.



Ведение больных:  
госпитализация

– при активном ревматизме больные подлежат обязательной госпитализации до 40–60 дней и более.

Режим:

при наличии кардита назначается строгий постельный режим на 2–3 недели, затем полупостельный и свободный. При отсутствии кардита назначается режим полупостельный на 7–10 дней, затем свободный.

Диета:

стол № 10 (белок не менее 1 г/кг, ограничение поваренной соли до 6 г в сутки).

Медикаментозная

терапия: раннее назначение антибиотиков. Используется бензилпенициллин по 1,5–4 млн ЕД в сутки (в зависимости от степени активности) в течение 2 недель. После этого производят переход на пролонгированную форму бициллина (бициллин-5) по 1,5 млн ЕД каждые 2 недели в течение 2 месяцев, а затем каждые 3 недели ежемесячно в течение не менее 3 лет больным без кардита, в анамнезе и не менее 5 лет – больным с кардитом. При выраженном кардите, остром, реже подостром течении заболевания используется преднизолон по 20–30 мг в сутки 2–3 недели с последующим снижением. Курс лечения составляет 1,5–2 месяца. Назначаются нестероидные противовоспалительные препараты – индометацин или вольтарен по 50 мг 3 раза в день до 30 дней. При рецидивирующем или затяжном течении препараты используются многомесячно. При развитии недостаточности кровообращения показан прием мочегонных препаратов (гипотиазид, фуросемид).

Местно:

при острых болях в суставах медсестра помогает больному принять удобное положение. По назначению врача делаются согревающие компрессы и повязки на область пораженных суставов.

Профилактика:

широко применяется круглогодичная медикаментозная профилактика обострений ревматизма. У больных, перенесших первую ревматическую атаку без кардита, введение бициллина-5 по 1,5 млн ЕД проводится 1 раз в 3 недели в течение 5 лет после последнего обострения. У больных с кардитом при первой атаке ревматизма схема введения бициллина-5 сохраняется. У больных с клапанным пороком бициллинопрофилактика может проводиться в течение всей жизни.

Атеросклероз представляет собой общее заболевание организма, при котором происходит накопление липидов во внутренней и средней оболочках артерий крупного и среднего калибра с последующим отложением солей кальция, развитием рубцовой соединительной ткани. Атеросклероз является одним из самых распространенных заболеваний среди населения развитых стран. Существует более 30 факторов риска его развития. К атеросклерозу приводят перенапряжение нервной системы, артериальная гипертензия, курение. Происходит нарушение обмена липидов, что сопровождается изменением метаболизма и проницаемости сосудистой стенки. В результате образуются атеросклеротические бляшки, которые могут изъязвляться с образованием на измененных поверхностях тромботических масс. Отрыв образовавшихся масс приводит к закупориванию сосудов мелкого и среднего калибра.

Основными периодами течения атеросклероза являются начальный (доклинический) и период клинических проявлений. В

доклинический

период у больных отмечаются неясные болевые ощущения со стороны сердца, головные боли, снижение работоспособности. В

клиническом

периоде атеросклероз коронарных сосудов имеет проявления ишемической болезни сердца. Для атеросклероза сосудов головного мозга характерными становятся нарушение памяти, головокружение, головная боль (в тяжелых случаях – с картиной инсульта), кровоизлияния в мозг, психозы. При атеросклерозе почечных артерий отмечается стойкое повышение артериального давления до высоких цифр. При атеросклерозе артерий брюшной полости появляются боли в животе, возникает нарушение работы желудочно-кишечного тракта. При атеросклерозе артерий нижних конечностей развивается перемежающаяся хромота. Атеросклероз протекает длительно, в прогрессирующей форме.

Среди больных с атеросклерозом необходимо проводить профилактические мероприятия, направленные на изменение образа жизни. Требуется соблюдение диеты, увеличение физической активности, снижение массы тела до идеального уровня, прекращение курения, ограничение приема алкоголя. Согласно рекомендациям по питанию при атеросклерозе назначается стол № 10с. В диете внимание уделяется ограничению холестерина, углеводов. Используются натуральные соки, куриное мясо, говядина, рыбий жир. Необходим отказ от жареной пищи. Проведение медикаментозной терапии основывается на приеме жирорастворимых препаратов, которые должны приниматься без перерыва, иногда всю жизнь. Используются анионообменные смолы (холестирамин, колестипол), статины (мевакор, ловакор, зокор, симвор, липостат, лескол, липобай, липримар и др.), никотиновая кислота.

Ишемическая болезнь сердца. ИБС – это поражение миокарда, обусловленное расстройством коронарного кровообращения. Коронарное кровообращение нарушается в результате изменения равновесия между коронарным кровотоком и потребностями сердечной мышцы. Причины возникновения ишемической болезни сердца:

- атеросклероз венечных артерий;
- спазм коронарных сосудов;
- повышение свертывающей активности крови;
- недостаточно развитая сеть коллатерального кровообращения;
- неблагоприятное влияние на развитие ишемической болезни сердца оказывают артериальная гипертензия, повышенное содержание липидов, курение, сахарный диабет, ожирение, стрессовые ситуации.

Ишемическая болезнь сердца может протекать в виде стенокардии, острого инфаркта миокарда. При

стенокардии

боль чаще локализуется за грудиной с иррадиацией в левую руку, лопатку, шею, иногда в левую половину челюсти. Боль носит сжимающий, жгучий характер, длительностью от 5—10 до 25–30 минут. Боль уменьшается в покое, после приема нитроглицерина. Возможен подъем артериального давления. При

инфаркте миокарда

имеется пять периодов течения. В период предвестников (продромальный период) могут отмечаться частые приступы стенокардии. Острейший период продолжается до 2 часов, острый – до 8—10 дней. Чаще у больного отмечаются резкая боль за грудиной длительностью более 20 минут, двигательное беспокойство, холодный липкий пот, тошнота, рвота. Больные испытывают страх смерти, кожа бледная, слизистые оболочки синюшные. Иногда могут отмечаться боли в эпигастральной области. Подострый период продолжается до 4–8 недель. Затем наступает постинфарктный период продолжительностью до 2–6 месяцев, при котором происходит рубцевание дефекта в сердечной мышце.

При  
стенокардии.

В зависимости от формы стенокардии назначается режим постельный или полупостельный.

Диета  
– стол № 10.

Медикаментозная терапия (медицинский персонал должен обращать внимание на развитие приступа сердечной боли для скорейшего его купирования): пероральная дача нитроглицерина, при прогрессирующей форме вводятся сосудорасширяющие и обезболивающие средства (папаверин, дибазол, анальгин). Для профилактики повторных приступов у больных проводятся ограничение физической нагрузки, борьба с артериальной гипертензией, ожирением, сахарным диабетом, избыточным содержанием холестерина в организме, курением. Из медикаментозных средств применяются нитраты пролонгированного действия, нитроподобные средства – нитронг, сустак, сустанит, нитросорбит, сиднофарм, антагонисты кальция – кордафен, коринфар, верапамил; β-адреноблокаторы – атенолол, метапролол (эгилок), небиволол (небилет).

При  
инфаркте миокарда

в течение первых 2 недель больным назначаются строгий постельный режим, стол № 10и. В первые дни болезни питание ограничивается фруктовыми соками. В последующие дни разрешается прием паровых котлет, овощных пюре. Из рациона исключаются продукты, которые могут вызвать вздутие кишечника, запоры. В период активизации режима меню расширяется за счет отварного мяса, рыбы.

Больные нуждаются в тщательном уходе и наблюдении медицинской сестры. Сестра следит за артериальным давлением, пульсом, кормит и поит больного, проводит утренний туалет и все гигиенические процедуры. Больным в остром периоде инфаркта

миокарда 1 раз в 3 дня определяют показатель свертываемости крови (протромбин), поскольку они в этот период получают противосвертывающие препараты.

При малейших признаках появления кровоточивости (гематурии) сестра сообщает об этом врачу!

Со 2-й недели происходит постепенное рубцевание некротизированного участка миокарда соединительной тканью. Этот процесс длится 4–5 недель. Со 2-й недели больному разрешают поворачиваться в постели, затем садиться – вначале с помощью сестры, а затем самостоятельно. Сестра должна присутствовать при первых движениях больного, следить за его пульсом и общим состоянием. На 2—3-й неделе больному назначаются лечебная физкультура и массаж конечностей, с 3-й недели заболевания больному разрешают вставать с постели. Медсестра должна находиться рядом с больным, у которого в этот период должны быть с собой постоянно нитроглицерин или валидол.

Медикаментозная

терапия: в острейшем периоде осуществляется медикаментозное лечение больного, назначаемое врачом. Снятие болевого синдрома проводится ненаркотическими обезболивающими средствами, наркотиками, фентанилом с дроперидолом, закисью азота, перидуральной анестезией. Используются средства, растворяющие тромб и препятствующие свертыванию крови (стрептаза, стрептодеказа, гепарин, непрямые антикоагулянты). Назначаются нитраты,  $\beta$ -адреноблокаторы. В подостром периоде назначаются нитраты продленного действия, непрямые антикоагулянты для укрепления коронарного кровообращения.

Во все периоды болезни больному должен быть обеспечен психический покой. Посещение больных должно строго ограничиваться и регулироваться.

Профилактика

развития ишемической болезни сердца должна быть направлена на рациональную организацию режима труда и отдыха. За лицами с частыми приступами стенокардии, артериальной гипертензией должно быть установлено диспансерное наблюдение.

Инфекционный эндокардит. Заболевание представляет собой своеобразную форму сепсиса, характеризующуюся локализацией возбудителя на клапанах сердца или пристеночном эндокарде и последующим поражением многих органов и систем. Из микроорганизмов в развитии заболевания значение имеют золотистый стафилококк, зеленящий стрептококк, энтерококки, кишечная палочка, протей, синегнойная палочка, клебсиелла, грибы типа кандиды, риккетсии, вирусы, бруцеллы. Способствуют развитию заболевания приобретенные и врожденные пороки сердца, малые хирургические и стоматологические операции, парентеральное введение наркотиков, протезирование сердечных клапанов, инфекция мочевого тракта, длительное использование катетеров, аборты, программный гемодиализ.

При

острой

форме у больных внезапно среди полного здоровья появляется озноб, проливные холодные поты, высокая лихорадка, тяжелая интоксикация. Все это характерно для первичного эндокардита. При

подострой

форме незаметно появляются недомогание, слабость, потеря массы тела, субфебрильная температура тела. Кожа бледная с желтушным оттенком, имеются

высыпания, особенно на коже нижнего века, болезненные узелки на ладонях и подошвах, пальцы принимают вид барабанных палочек, ногти – часовых стекол. При острой форме болезнь быстро прогрессирует, при подострой – протекает в затяжной форме, при хронической – часто рецидивирует.

Ведение больных:  
госпитализация:

на раннем этапе лечения обязательная.

Режим:

первые 2 недели – режим строго постельный, в дальнейшем – постельный.

Полупостельный режим может назначаться с конца 3-й недели заболевания.

Диета:

лечебный стол № 10.

Медикаментозное

лечение: противовоспалительная терапия – вводится противостафилококковый антибиотик оксациллин по 2 г каждые 4 ч (12 г в сутки) – до установления вида возбудителя. После уточнения возбудителя проводится соответствующий подбор антибиотиков. Назначается противостафилококковая плазма (5 вливаний на курс). Первый курс антибиотикотерапии длится не менее 4–6 недель, а при позднем начале лечения – до 8–10 недель. Антибиотики вводятся одновременно внутривенно и внутримышечно. После выписки из стационара проведение профилактических антибактериальных курсов продолжается в течение 2–3 недель, а затем через 1, 3 и 6 месяцев. Назначаются преднизолон по 40–60 мг в сутки с последующим снижением дозы, нестероидные противовоспалительные средства (индометацин, бруфен и др.). При признаках сердечной недостаточности назначаются сердечные гликозиды, препараты калия, мочегонные, при анемии – препараты железа в сочетании с витаминами группы В и С.

Профилактика

проводится путем закаливания организма, активного лечения острых инфекций, предупреждения развития бактериальных инфекций, санации очагов хронической инфекции, проведения вторичной профилактики у лиц, перенесших инфекционный эндокардит.

Миокардиты являются воспалительными заболеваниями сердечной мышцы инфекционной, аллергической или токсикоаллергической природы. Развитие миокардитов связано с бактериальными инфекциями, гнойно-септическими заболеваниями (такими, как пневмония, холангит, туберкулез, сепсис), вирусной инфекцией (вирусы Коксаки, гриппа, ЕСНО). Возможна связь с аллергическими факторами, интоксикацией (тиреотоксикозом, уремией, алкоголем). Происходит поражение миокарда с развитием дистрофически-некробиотических изменений мышечных клеток. Впоследствии отмечаются увеличение синтеза коллагена, развитие фиброзной ткани. Заболевание начинается в период реконвалесценции или на 1–2-й неделе после выздоровления от инфекции. Появляются субфебрильная температура тела, редко лихорадка, слабость, недомогание, потливость. Отмечаются боли в области сердца (от неинтенсивных непродолжительных колющих болей до выраженных стенокардитических болей). Больные ощущают сердцебиения, перебои в работе сердца, одышку. Течение миокардитов:

острое, abortивное, латентное.

Возможно развитие

рецидивирующего

или

хронического

течения. Существует тяжелая форма миокардита, которая называется идиопатическим миокардитом Абрамова—Фидлера. При остром начале заболевания внезапно появляются нарастающие симптомы прогрессирующей сердечной недостаточности, тромбоэмболии почек, легких, селезенки.

#### Ведение больных:

больным назначаются постельный режим на 1–2 месяца (в зависимости от тяжести состояния), стол

№ 10. При наличии сердечной недостаточности назначается стол № 10а.

#### Этиотропная

терапия эффективна при инфекционных миокардитах, при вирусных миокардитах она малоэффективна. Назначаются нестероидные противовоспалительные средства (салицилаты, бутадион, реопирин, индометацин, метиндол, бруфен, напроксен, вольтарен и др.). Используются кортикостероиды. Лечение преднизолоном проводится 1,5–2 месяца с начальной дозой 30–60 мг в сутки с последующим снижением. При сердечной недостаточности используются сердечные гликозиды, антиаритмические препараты, мочегонные, метаболические средства.

#### Курортное

лечение при миокардитах показано только через 6–12 месяцев после ликвидации процесса. Особенно это касается направления на такие бальнеологические курорты, как Кисловодск, Мацеста. Хорошие результаты могут быть получены при лечении в местных кардиологических санаториях. В

#### профилактике

миокардитов главное место отводится предупреждению, своевременному лечению и санации очагов инфекций. После перенесенных острых инфекций необходимо ограничение физических нагрузок. За переболевшими лицами устанавливается диспансерное динамическое наблюдение.

Прогноз большей части миокардитов благоприятный, при миокардите Абрамова—Фидлера – серьезный.

Кардиомиопатии представляют собой заболевания миокарда неизвестной этиологии, проявляющиеся увеличением размеров сердца и сердечной недостаточностью. При постановке диагноза кардиомиопатии необходимо исключение поражения клапанов сердца, коронарных и легочных сосудов, артериальной гипертензии.

Группа кардиомиопатий неоднородна. Имеются истинные кардиомиопатии и специфические поражения миокарда с известной этиологической причиной или связанные с нарушением других систем. К

#### истинным

кардиомиопатиям относятся гипертрофическая, дилатационная, рестриктивная формы. К

#### К

#### специфическим

поражениям относится кардиомиопатия из группы «Ишемическая болезнь сердца» – ишемическая кардиомиопатия.

#### Дилатационная (застойная)

кардиомиопатия. При этой форме кардиомиопатии отмечается повреждение сердечных миоцитов. Развивается их сократительная слабость, происходит расширение полостей сердца, что приводит к прогрессирующей хронической сердечной недостаточности. Масса сердца становится больше нормы в 2–3 раза (сog bovinum). Чаще всего встречается у мужчин 35–45 лет, однако у женщин заболевание протекает тяжелее.

Течение: для

I

периода характерно бессимптомное течение, жалоб нет, во

II

период отмечается прогрессирующее поражение миокарда, что проявляется симптомами хронической сердечной недостаточности. В

III

период развернутых проявлений отмечается клиника тотальной сердечной недостаточности. Резко увеличиваются размеры сердца.

IV

период – это период стабилизации: отмечается полная или значительная регрессия отеков, венозного застоя с одновременным прогрессированием признаков недостаточности кровообращения. В

V

(терминальном) периоде наступают выраженная дистрофия всех внутренних органов, ишемическое поражение печени, почек, дисциркуляторная энцефалопатия, снижение массы тела из-за атрофии скелетной мускулатуры, рецидивирующие тромбоэмболии. Данная форма кардиомиопатии может протекать с быстрым прогрессированием (1–1,5 года), но возможно и медленное прогрессирование патологического процесса, а также рецидивирующее течение болезни.

Прогноз чаще является неблагоприятным. В течение первых 5 лет летальность составляет 50 %.

#### Гипертрофическая

кардиомиопатия. При этой форме происходит гипертрофия стенок левого желудочка (изредка правого) без расширения полости, с усилением систолической функции и нарушением диастолической функции сердца. Гипертрофия не связана с усиленной работой сердца, чаще бывает асимметричной. Преобладает утолщение межжелудочковой перегородки. Мужчины заболевают в 2 раза чаще женщин. Вначале появляется одышка, усиливающаяся при физическом напряжении. Начинают беспокоить боли в области сердца, мышечная слабость, головокружения, обмороки, сердцебиение, приступы потери сознания. Заболевание может протекать бессимптомно или по вегетодистоническому типу. Изменений окраски кожи, цианоза нет. Пульс слабого наполнения. Артериальное давление имеет склонность к гипотонии.

Заболевание прогрессирует медленно, течение относительно благоприятное. Однако прогноз остается тяжелым. Ежегодная смертность при обструктивной форме кардиомиопатии составляет около 1,5 %, из-за застойной недостаточности – 0,2 %.

#### Рестриктивная

кардиомиопатия. Растяжимость миокарда снижается, ограничивается наполнение левого желудочка кровью, уменьшается ударный объем – все это приводит к развитию сердечной недостаточности. Заболевание встречается крайне редко, часто рассматривается как осложнение основных болезней: эндокардиальной (эозинофильной) болезни (миокардит Леффлера), эндокардиального фиброза,

фиброэластоза. В сердечной мышце развивается соединительная ткань, происходят облитерация полостей желудочков и развитие пристеночного тромбоза. У больных появляются жалобы на одышку, особенно при физическом напряжении, боли в груди, похудание. Постепенно нарастают симптомы сердечной недостаточности. Данная форма кардиомиопатии имеет медленно прогрессирующее течение. При поражении левого желудочка прогноз относительно благоприятный. При вовлечении в процесс клапанов сердца прогноз становится сомнительным.

#### Ведение больных:

особое внимание должно уделяться строгому соблюдению режима труда

и

отдыха, исключению курения, приема алкоголя, нормализации режима питания, диета, богатая витаминами с ограничением калоража и соли. Объем физических нагрузок не должен быть значительным. При инфекциях необходимо своевременное начало антибиотико-терапии. Санаторно-курортное лечение показано в местных кардиологических санаториях. Больные способны к самостоятельному обслуживанию. При развитии сердечной недостаточности больные могут госпитализироваться. В зависимости от тяжести состояния им назначается или не назначается общий медицинский уход.

Медикаментозные

средства: при дилатационной кардиомиопатии в лечении используются сердечные гликозиды (дигоксин),  $\beta$ -блокаторы, калийсберегающие диуретики (триамтерен, верошпирон, индапамид), ингибиторы АПФ, которые оказывают благоприятное воздействие на пред- и постнагрузку с последующим улучшением гемодинамики, а также периферические вазодилататоры, антиаритмические средства (кордарон), антикоагулянты. Для уменьшения застоя проводят

ультрафильтрацию

крови. Возможно применение

хирургических

методов лечения, например вживление дефибриллятора. Трансплантация сердца

возможна в периоде стабилизации и при синдроме малого выброса. При гипертрофической кардиомиопатии в лечении применяются  $\beta$ -адреноблокаторы в больших дозах, блокаторы кальциевых каналов (верапамил), антиаритмические препараты (кордарон). В лечении противопоказаны кардиотонические средства, мочегонные препараты, нитраты, вазодилататоры. Из

хирургических

методов применяют иссечение части межжелудочковой перегородки, протезирование

митрального клапана. Метод

электрокардиостимуляции

используется при выраженной обструкции, тяжелом состоянии, устойчивости к лекарственным препаратам. При рестриктивной кардиомиопатии на ранних стадиях заболевания, при наличии эозинофилии в лечении используются кортикостероиды, мочегонные средства (верошпирон), вазодилататоры (каптоприл), антикоагулянты (для профилактики тромбоемболий), антагонисты кальция (нифедипин).

Хирургическое

лечение проводится в стадии фиброза. Производится удаление измененного эндокарда, протезирование митрального и трикуспидального клапанов.

Перикардиты. Заболевание представляет собой воспаление перикарда. Чаще это является местным проявлением определенного заболевания (туберкулеза, ревматизма, диффузных заболеваний соединительной ткани) или сопутствующим заболеванием миокарда и эндокарда. Инфекция проникает в полость перикарда через кровь (гематогенно) или лимфу



(лимфогенно). В перикарде усиливаются воспалительные процессы. Скопление большого количества экссудата в полости перикарда может проявляться признаками тампонады сердца.

При острой тампонаде происходит быстрое накопление жидкости в перикарде. Для подострого процесса характерно медленное накапливание жидкости без развития застойных явлений. При хронической тампонаде происходит образование массивных спаек, грубых сращений листков перикарда, отложения солей кальция, что приводит к панцирному сердцу (чаще при туберкулезных перикардитах). В случае развития сухого (фибринозного) перикардита появляются боли в области сердца различной силы (от сильной до тупой или ноющей). Они локализуются обычно в низу грудины или в области верхушки сердца, иррадиируют в левую лопатку, левую руку, шею, эпигастрий. При выпотном (экссудативном) перикардите, который развивается после стадии сухого перикардита или минуя ее, появляется одышка, уменьшающаяся в положении сидя, при наклоне туловища вперед. Возникает кашель (обычно сухой), возможна рвота. Температура тела повышена. Пульс при большом выпоте уменьшается, особенно на вдохе, артериальное давление снижается, особенно систолическое. Для тампонады сердца характерны сильные боли за грудиной, коллапс, тахикардия, парадоксальный пульс. При слипчивых хронических перикардитах чаще отмечаются боли в области сердца, сухой кашель, усиливающийся при физическом напряжении. Сдавливающим хроническим перикардитам в ранних стадиях присуща одышка, возникающая вначале при физической нагрузке, затем в покое, небольшой цианоз губ и кончика носа. В развернутой стадии появляются асцит, «малое тихое сердце». Течение перикардитов может быть острым (проходит за 1–2 месяца) или длительным, прогрессирующим.

#### Ведение больных:

в остром периоде назначается строгий постельный режим на 2 недели.

#### Диета

должна быть с достаточным количеством белка, витаминов С и К, количество поваренной соли ограничено.

#### Лекарственная

терапия: для ликвидации болевого синдрома внутримышечно вводятся анальгетики.

В лечении основного заболевания используются антибактериальные препараты, нестероидные противовоспалительные средства (индометацин, ортофен, бруфен), глюкокортикоиды в течение 1–1,5 месяцев (40 мг преднизолона в сутки), антигистаминные препараты, витамин С.

Прогноз при острых формах чаще бывает благоприятным, при хронических формах прогноз серьезный.

Пороки сердца. При пороках сердца отмечается стойкое патологическое изменение в строении сердца, нарушающее его функцию. Пороки бывают врожденными и приобретенными.

## К

### врожденным

порокам относятся  
дефект межжелудочковой перегородки, дефект межпредсердной перегородки,  
незаращение боталлова протока, сложные комбинированные пороки, пролапс клапанов  
сердца  
(митрального, аортального, трикуспидального).

## В развитии

### приобретенных

пороков сердца имеют значение  
ревматизм  
(до 90 %),  
сепсис, сифилис, атеросклероз  
(до 10 %),  
травмы  
(не более 0,2 %).

## Пролапс митрального клапана

Слово «пролапс» означает выбухание.

### Пролапс митрального клапана

– это состояние, которое характеризуется пролабированием одной или обеих створок митрального клапана в полость левого предсердия.

В происхождении возможна наследственная патология соединительной ткани (наследование по аутосомно-доминантному типу).

У лиц с пролабированием створок клапанов сердца часто отмечаются узкий плечевой пояс, тонкие удлинённые кости, удлинённые пальцы с увеличением подвижности суставов кистей, удлинённые ногти, недоразвитие молочных желез у женщин, невыраженное оволосение на грудной клетке у мужчин, русые волосы, серо-голубые глаза. Могут развиваться синкопальные состояния с липотимией (ощущения, предшествующие потере сознания, с чувством страха смерти), сердцебиение, перебои в работе сердца, колющие (давящие) боли в сердце, одышка. Появляются слабость, утомляемость, головная боль, колебания артериального давления.

## Недостаточность митрального клапана

Недостаточность митрального клапана в изолированном виде встречается редко, чаще в сочетании со стенозом левого атриовентрикулярного отверстия. В результате поражения клапанного аппарата происходит неполное смыкание створок во время систолы левого желудочка. К недостаточности митрального клапана приводят ревматизм (до 75 %), атеросклероз, инфекционный эндокардит, диффузные заболевания соединительной ткани,

реже висцеральные формы ревматоидного артрита. Из-за неполного смыкания створок митрального клапана происходит обратный ток крови в период систолы из левого желудочка в левое предсердие. Нарастает увеличение диастолического объема левого желудочка, гипертрофия левого желудочка. Мышечный тонус левого предсердия снижается, в нем происходит повышение давления. При компенсированном пороке жалоб может не быть. При появлении расстройства кровообращения больные отмечают одышку при физической нагрузке, сердцебиение.

#### Митральный стеноз

##### Митральный стеноз

– порок сердца, обусловленный сужением левого атриовентрикулярного отверстия, при котором создаются препятствия движению крови из левого предсердия в левый желудочек.

Чаще болеют женщины. К развитию митрального стеноза приводят ревматизм, врожденные пороки сердца.

Происходит сращение створок митрального клапана, сухожильных нитей по свободному краю. Площадь митрального отверстия уменьшается. Компенсация недлительная, поскольку нагрузка приходится на левое предсердие и правый желудочек. Больные астенического телосложения, отмечают инфантилизм, бледность кожи, цианоз лица (facies mitralis). При развитии недостаточности кровообращения появляются одышка, слабость, сердцебиение, периодически кашель, иногда кровохарканье, удушье по ночам, изредка – дисфония и дисфагия.

#### Недостаточность клапанов аорты

Недостаточность клапанов аорты вызывает неполное смыкание полулунных створок аортального клапана, что приводит к обратному току крови из аорты в левый желудочек во время его диастолы. Чаще болеют мужчины. Развитие недостаточности клапанов аорты часто вызывается такими заболеваниями, как ревматизм, атеросклероз, инфекционный эндокардит, сифилитический мезоартрит, врожденные аномалии, диффузные болезни соединительной ткани, травмы.

Из-за неполного смыкания створок аортального клапана в диастолу происходит обратный ток крови из аорты в полость левого желудочка. Наступают объемная перегрузка левого желудочка, его гипертрофия. Постепенно ослабевает сократительная способность миокарда, наступает декомпенсация по левожелудочковому типу. Период компенсации длительный за счет левого желудочка. В стадии компенсации жалоб у больных нет. В стадии недостаточности кровообращения отмечаются пульсация зрачков, головокружения, обмороки, боли в области сердца. Появляется резко выраженная синюшность. Одышка и удушье возникают в стадии декомпенсации.

#### Стеноз устья аорты

##### Стеноз устья аорты

– порок сердца, обусловленный сужением аортального устья, при котором кровь с трудом проходит из левого желудочка в аорту.

В изолированном виде стеноз устья аорты встречается редко, чаще в сочетании с недостаточностью аортальных клапанов. Процент болеющих мужчин выше, чем

женщин. Данный порок сердца обычно возникает как следствие ревматического эндокардита, реже – атеросклероза.

При стенозе устья аорты компенсация длительная за счет поступления крови в аорту. В стадии компенсации жалоб нет. Больные длительное время сохраняют работоспособность. Со временем могут появляться боли в области сердца при физических нагрузках, эмоциональном напряжении, одышка, головокружение, склонность к обморокам, головная боль. Со временем при снижении сократительной функции левого желудочка начинают отмечаться приступы сердечной астмы (удушьи).

#### Недостаточность трехстворчатого клапана

При

недостаточности трехстворчатого клапана происходит неполное смыкание его створок, вследствие чего часть крови во время систолы попадает из правого желудочка в правое предсердие.

Относительная недостаточность трехстворчатого клапана встречается в 3 раза чаще, чем органическая.

Относительная недостаточность развивается при митральном стенозе, легочной гипертензии, кардиосклерозе, пневмосклерозе. К органической

недостаточности приводят ревматизм, инфекционный эндокардит. Во время сокращения правого желудочка часть крови возвращается в правое предсердие, в которое одновременно поступает обычное количество крови из полых вен. Наступает расширение правого предсердия. Из-за венозного застоя в большом круге кровообращения отмечается раннее развитие декомпенсации.

Пациенты с недостаточностью трехстворчатого клапана являются тяжелыми сердечными больными. На первый план у них выступают явления декомпенсации кровообращения. Появление признаков недостаточности правого отдела сердца сопровождается вначале умеренной одышкой при физическом напряжении, резко не ограничивающей активности, как при митральном стенозе. Затруднения дыхания в положении лежа нет. Отмечаются слабость, сердцебиение, неопределенные боли в сердце, тяжесть в области правого подреберья, диспепсические нарушения, сонливость, отеки. Кожа и видимые слизистые оболочки с выраженным синюшным, иногда желтушным, оттенком. Отмечаются набухание и пульсация яремных вен, выраженная отечность, асцит.

При пролапсе митрального клапана возможно бессимптомное течение, патология обнаруживается только на эхокардиограмме (Эхо-КГ). Такие больные не требуют сестринского ухода. Каждые 2–3 года показаны профилактические осмотры. Медикаментозное лечение назначается при развитии признаков сердечной недостаточности.

Прогноз при неосложненном течении благоприятный, при осложненном – серьезный.

При недостаточности митрального клапана специального сестринского ухода больные не требуют. В стационар они могут поступать только при развитии сердечной недостаточности. Проводится консервативное лечение основного заболевания и сердечной недостаточности. Может проводиться протезирование митрального клапана. Прогноз зависит от степени митральной регургитации. Средняя продолжительность жизни составляет около 40 лет. При развитии сердечной недостаточности прогноз неблагоприятный.

Лечение при митральном стенозе заключается в назначении симптоматической терапии недостаточности кровообращения и ревматического процесса. Прогноз зависит от стадии и осложнений. Необходимо следить за общим состоянием больного и своевременно выявлять

критические степени сужения митрального клапана. Своевременная митральная комиссуротомия может на многие годы сохранить у больного полную компенсацию сердечной деятельности и нормальную физическую активность.

При недостаточности клапанов аорты сестринского ухода больные в стадии компенсации не требуют. Консервативное лечение основного заболевания проводится с профилактической целью. Оно направлено на предупреждение развития сердечной недостаточности. При развитии сердечной недостаточности сестринский уход зависит от степени компенсации. Сердечные гликозиды назначаются с осторожностью, поскольку могут усиливать обратный ток крови в левый желудочек. Оперативное лечение связано с протезированием аортального клапана. При своевременном проведении оперативного лечения прогноз относительно благоприятный.

При стенозе устья аорты сестринского ухода больные в стадии компенсации не требуют. Консервативное лечение основного заболевания проводят с профилактической целью. Оно направлено на предупреждение развития сердечной недостаточности. Необходимо ограничивать физическое перенапряжение, неблагоприятные внешние условия, проводить профилактику инфекционных заболеваний. В случае развития сердечной недостаточности проводится ее лечение. Сердечные гликозиды назначаются с осторожностью. Оперативное лечение состоит в проведении аортальной комиссуротомии, протезировании аортального клапана. Прогноз при компенсированных состояниях благоприятный. Средняя продолжительность жизни составляет 40 лет. При декомпенсированных состояниях прогноз серьезный.

При недостаточности трехстворчатого клапана сестринский уход оказывается такой же, как тяжелобольным. Назначаются постельный режим, стол № 10. Консервативное лечение направлено на профилактику застойной недостаточности кровообращения. Прогноз неблагоприятный.

Хроническая недостаточность кровообращения. Это патологическое состояние, при котором сердечно-сосудистая система не способна обеспечивать органы и ткани необходимым количеством крови как в условиях покоя, так и при физической нагрузке. К хронической недостаточности кровообращения приводят инфекционно-воспалительные и токсические поражения миокарда (миокардиты, интоксикации, миокардиодистрофии), ишемическая болезнь сердца, нарушения обмена (авитаминозы, эндокринные расстройства), стенозирующие пороки сердца, артериальная гипертензия, нарушения сердечного ритма.

В начальном периоде сердечной недостаточности функционируют сердечные и внесердечные механизмы компенсации: возрастает сила сердечных сокращений, увеличивается число сердечных сокращений, снижается диастолическое давление, повышается потребление кислорода тканями. Механизмы компенсации способны к длительному поддержанию достаточного уровня гемодинамики. К развитию застойной сердечной недостаточности приводят активация симпатoadреналовой системы с развитием тахикардии, гипертрофия миокарда, увеличение объема циркулирующей крови, спазм артерий и застой в венах. Происходит формирование отеков и дистрофические изменения во внутренних органах. В начальной стадии сердечной недостаточности появляются одышка при физической нагрузке, ночной сухой кашель, увеличение ночного мочеиспускания.

#### Хроническая левожелудочковая сердечная недостаточность

Данная патология развивается при аортальных пороках, митральной недостаточности, артериальной гипертензии, ИБС, заболеваниях с поражением левого желудочка. Появляются одышка, синюшность, кашель, развивается застойный бронхит с выделением мокроты, кровохарканье.

#### Хроническая правожелудочковая сердечная недостаточность

Хроническая правожелудочковая сердечная недостаточность развивается при митральных пороках, эмфиземе легких, пневмосклерозе, недостаточности трехстворчатого клапана,

врожденных пороках. Вследствие застоя крови в венах большого круга кровообращения отмечаются одышка, сердцебиение, отеки ног, боль и тяжесть в правом подреберье, малое количество мочи. Отмечаются синюшность кожных покровов, набухание шейных вен. Визуально определяются сердечный толчок и пульсация в надчревной области. Скорость кровотока замедляется.

Сестринский уход за больными с хронической недостаточностью кровообращения

Легкая

степень: для восстановления сердечной деятельности вполне достаточно строгого соблюдения постельного режима. Все физиологические отправления должны выполняться в палате, подкладные судна подаются в постель. Больных умывают, причесывают и проводят все мероприятия по личной гигиене.

При

тяжелой сердечной недостаточности больному необходимо создать в постели удобное положение, под спину и под голову положить несколько подушек или поднять подголовник. Можно сажать больного в мягкое кресло или поперек кровати, подложив под голову достаточное количество подушек, а под ноги подставив небольшую скамеечку. Длительный постельный режим может приводить к образованию пролежней, поэтому под крестец больному кладут резиновый круг, покрытый сверху простыней. Постель должна быть удобной.

Следует обращать внимание на уход за кожей.

Отеки делают кожу сухой, из-за чего легко возникают трещины, через которые просачивается отечная жидкость, создаются условия для ее инфицирования. Если больной самостоятельно не может себя обслуживать, ежедневно утром и на ночь следует обтирать ему кожу ватой или полотенцем, смоченными водой или любым дезинфицирующим раствором. Купание больного в ванне производится только с разрешения врача.

Медицинская сестра должна следить за регулярным опорожнением кишечника, по назначению врача ставить очистительную клизму. После дефекации больного необходимо подмывать.

В палате и прилегающем коридоре должна быть абсолютная тишина.

Больного ограждают от любых волнений, неприятностей, утомительных разговоров, частого посещения родственников.

В комплексной терапии имеет значение лечебное питание.

Рацион строится таким образом, чтобы увеличивать диурез путем назначения щадящих диет с ограничением жидкости, поваренной соли, относительным ограничением белков и жиров (диета № 10 и 10а). Назначаются разгрузочные дни (яблочные, творожные, молочные). Пища принимается небольшими порциями 5–6 раз в день. Последний

прием пищи должен быть не позже чем за три часа до сна. В рацион включаются нежирные сорта мяса и достаточное количество углеводов (сахар, варенье, кисели), фрукты, витамины группы В и С.

#### Медикаментозное

лечение основного заболевания и нарушений сердечного ритма проводится сердечными гликозидами (такими, как дигиталис, изоланид, дигоксин, строфантин), стимуляторами  $\beta$ -адренергических рецепторов (дофамином, добутамином), ингибиторами АПФ (аккупро, каптоприлом). Для нормализации метаболизма миокарда назначаются препараты калия, витамины группы В, нитраты, аминокислоты, анаболические гормоны. Для увеличения мочеиспускания назначаются мочегонные препараты (гипотиазид, фуросемид, индапамид, триамтерен, спироно-лактон, верошпирон). Для ликвидации застоя в малом круге проводят кровопускание.

Повышение тонуса сердечно-сосудистой системы проводят путем назначения лечебной физкультуры, массажа, использованием углекислых и сероводородных ванн.

Прогноз зависит от тяжести основного заболевания, чаще бывает неблагоприятным.

#### Заболевания органов дыхания

##### Основные симптомы при заболеваниях органов дыхания

Основными симптомами болезней органов дыхания являются одышка, кашель, мокрота, боли в грудной клетке, озноб и лихорадка, кровохарканье, легочное кровотечение, дыхательная недостаточность.

#### Одышка

является одним из наиболее частых симптомов и характеризуется изменением частоты, глубины и ритма дыхания. Одышка может сопровождаться как резким учащением дыхания

(тахипноэ),

так и его урежением

(брадипноэ)

вплоть до полной остановки дыхания

(апноэ).

Одышка различается по фазе дыхания. Она может быть инспираторной,

когда затрудняется вдох (при сужении трахеи и крупных бронхов),

экспираторной,

когда затрудняется выдох (при спазме мелких бронхов и скоплении в них вязкого секрета) и

смешанной.

Причина возникновения одышки в большинстве случаев связана с изменением газового состава крови – повышением содержания углекислого газа и снижением содержания кислорода. Одышка встречается при многих заболеваниях дыхательной системы, как острых, так и хронических. Она приводит к развитию дыхательной недостаточности и является ее ведущим проявлением. При дыхательной недостаточности система внешнего дыхания не может обеспечивать нормальный газовый состав крови.

Дыхательная недостаточность может возникать остро (в случаях закрытия дыхательных путей инородным телом) или протекать хронически, постепенно нарастая в течение длительного времени (при эмфиземе легких).

Внезапно возникающий приступ сильной одышки называется удушьем (астмой). Удушье, которое является следствием острого нарушения бронхиальной проходимости, называется приступом бронхиальной астмы. При этом происходят спазм бронхов, отек их слизистой оболочки, накопление в просвете вязкой мокроты. В тех случаях, когда удушье обусловлено застоем крови в малом круге кровообращения вследствие слабости левого желудочка, развивается сердечная астма с возможным дальнейшим переходом в отек легких.

### Кашель

способствует выведению из бронхов и верхних дыхательных путей инородных тел, слизи, мокроты. Основной механизм кашля составляет кашлевой толчок, состоящий из внезапного и резкого выдоха при закрытой голосовой щели. При этом все дыхательные мышцы, диафрагма и брюшной пресс напрягаются, давление воздуха в легких повышается. При внезапном открытии голосовой щели воздух вместе с мокротой и другими инородными телами, скопившимися в дыхательных путях, с силой выбрасывается через рот. При этом содержимое дыхательных путей в нос не поступает, поскольку во время кашля носовая полость закрывается мягким небом. По характеру кашель может быть сухим (без мокроты) и влажным (с отделением мокроты). Сухой кашель характеризуется высоким тембром, вызывает саднение в горле. При влажном кашле выделяется мокрота. Чем мокрота более густая, тем она труднее отхаркивается.

### Мокрота

представляет выделения из дыхательных путей. В норме ее быть не должно. Появление мокроты свидетельствует о наличии патологического процесса в дыхательной системе. По характеру мокрота может быть слизистой, серозной, гнойной, смешанной и кровянистой.

### Легочное кровотечение

характеризуется выделением пенистой, алой крови из дыхательных путей. Кровь имеет щелочную реакцию и не свертывается. Кровотечения чаще всего встречаются при злокачественных опухолях, гангрене и инфаркте легкого, туберкулезе, бронхоэктатической болезни, травмах, ранениях легкого, при митральных пороках сердца. Кровохарканье и легочное кровотечение, как правило, не сопровождаются явлениями шока или коллапса. Угроза для жизни в таких случаях бывает связана с нарушением вентиляционной функции легких в результате попадания крови в дыхательные пути.

### Боли



при заболеваниях дыхательной системы возникают при плевритах и воспалении легких. Они связаны с вовлечением в процесс плевры.

Заболевания органов дыхания очень часто сопровождаются

лихорадкой

и

ознобом,

что представляет собой защитно-приспособительную реакцию организма на наличие патологического агента в организме.

Сестринский уход за больными с заболеваниями дыхательной системы

Уход за пациентами, страдающими одышкой, предусматривает постоянный контроль частоты, ритма

и

глубины дыхания.

Определение частоты дыхания (по движению грудной клетки или брюшной стенки) проводят незаметно для больного. У здорового человека частота дыхания колеблется от 16 до 18 вдохов в минуту, уменьшаясь во время сна и увеличиваясь при физической нагрузке. При различных заболеваниях бронхов и легких частота дыхания может достигать 30–40 и более вдохов в минуту. Полученные результаты частоты дыхания ежедневно вносятся в температурный лист. Соответствующие точки соединяются между собой, образуя графическую кривую частоты дыхания.

При появлении одышки больному придают

возвышенное

(полусидячее)

положение,

освобождая его от стесняющей одежды, обеспечивают приток свежего воздуха за счет регулярного проветривания.

При выраженной степени дыхательной недостаточности проводят оксигенотерапию

(использование кислорода в лечебных целях). Оксигенотерапию применяют в случаях острой и хронической дыхательной недостаточности, сопровождающейся синюшностью (цианозом) кожных покровов, учащением сердечных сокращений, снижением парциального давления кислорода в тканях (менее 70 мм рт. ст.). Наиболее распространенным способом кислородотерапии является его ингаляция через носовые катетеры, которые вводят в носовые ходы на глубину, примерно равную расстоянию от крыльев носа до мочки уха. Ингаляции кислородной смеси проводят непрерывно или сеансами по 30–60 минут несколько раз в день. При этом необходимо, чтобы подаваемый кислород был обязательно увлажнен. Вдыхание чистого кислорода может оказывать токсическое действие на организм, что проявляется сухостью во рту, чувством жжения за грудиной, болями в грудной клетке, судорогами и др. В связи с этим обычно используется газовая смесь, содержащая до 80 % кислорода (чаще всего 40–60 %). Современные аппараты для оксигенотерапии имеют специальные устройства, позволяющие подавать больному не чистый кислород, а обогащенную кислородом смесь. В стационарах оксигенотерапию проводят с использованием

баллонов со сжатым кислородом или системы централизованной подачи кислорода в палаты. В некоторых случаях при лечении дыхательной недостаточности используют ингаляции гелиокислородной смеси, состоящей из 60–70 % гелия и 30–40 % кислорода. При отеке легких применяется смесь, содержащая 50 % кислорода и 50 % этилового спирта, в которой спирт играет роль пеногасителя.

При

сборе мокроты

необходимо учитывать ее количество, консистенцию, цвет, запах и примеси. При вскрывшейся полости в легочной ткани у больного начинает выделяться много мокроты. Возможно появление кровянистой мокроты или прожилок крови в ней. Появление крови в мокроте указывает на легочное кровотечение. Все это должно насторожить медицинскую сестру. Об этом она должна немедленно сообщать врачу. В течение дня сплевывать мокроту больной должен в специальную плевательницу из темного стекла с завинчивающейся крышкой. Для суточного измерения количества мокроты ее переливают в дальнейшем в сосуд из светлого прозрачного стекла с крышкой и делениями и хранят в темном прохладном месте.

Мокроту лучше собирать утром до приема пищи. Больной должен хорошо почистить зубы и прополоскать рот. Выделению мокроты способствуют глубокие вдохи и покашливание. Материал собирают в чистую стеклянную баночку или в специальную стерильную плевательницу, закрытую плотной крышкой. Для исследования в лабораторию направляются либо утренняя мокрота, полученная после сна, либо все суточное количество мокроты. Количество мокроты для обычного анализа должно быть не более 3–5 мл. Медицинская сестра должна следить за чистотой плевательниц. Для этого ежедневно их нужно промывать теплой водой и кипятить в течение 30 минут в растворе гидрокарбоната натрия 2 %. На дно плевательницы необходимо наливать растворы карболовой кислоты 5 %, перманганата калия 2 % или хлорамина 3 %. При обеззараживании общих плевательниц мокроту заливают дезинфицирующим раствором хлорамина, осветленным раствором хлорной извести, а затем содержимое выливают в канализацию. В противотуберкулезных медицинских учреждениях мокроту в плевательнице смешивают с опилками или торфом и сжигают в специальных печах.

Для лучшего отхождения мокроты необходимо найти удобное положение, которое усиливает отделение мокроты, – это называется позиционным дренажем.

При одностороннем воспалительном процессе больной должен лежать на здоровом боку. Позиционный дренаж проводится 2–3 раза в день по 20–30 минут. Медицинская сестра должна следить за тем, чтобы больной регулярно выполнял данные процедуры.

При легочном кровотечении больному назначается полный покой.

Ему следует придать полусидячее положение с наклоном в сторону пораженного легкого во избежание попадания крови в здоровое легкое. На эту же половину грудной клетки кладется пузырь со льдом. При интенсивном кашле, способствующем кровотечению, применяются противокашлевые средства. Для остановки кровотечения внутримышечно вводят викасол, внутривенно – хлористый кальций, эписилон-аминокапроновую кислоту.

В случае появления болей медицинская сестра должна помочь найти больному наиболее удобное положение, по назначению врача поставить горчичники, дать обезболивающие препараты.

При ознобе необходимо согреть больного. Нужно обложить его грелками, хорошо укутать, напоить горячим сладким крепким чаем, если температура тела повышается значительно,

на голову следует положить пузырь со льдом. Снижение температуры нередко сопровождается обильным потоотделением. В таких случаях больного следует вытереть сухим полотенцем и сменить белье. Больной не должен находиться в мокром белье.

#### Диета.

При отсутствии сопутствующих заболеваний больному чаще назначается стол № 15. Целью его назначения является обеспечение больного физиологически полноценным питанием. Энергоценность и содержание белков, углеводов соответствуют нормам питания для здорового человека, не занятого физическим трудом. Витамины вводят в повышенном количестве. Пищу принимают в теплом виде. Из диеты исключают наиболее трудноперевариваемые и острые продукты. Количество поваренной соли составляет 15 г, свободной жидкости – 1,5–2 л. Энергетическая ценность составляет 2800–2900 ккал, режим питания – 4 раза в сутки.

Пневмонии представляют собой острый инфекционно-воспалительный процесс в легких с вовлечением всех структурных элементов легочной ткани и обязательным поражением альвеол легких. Пневмонии разделяются на внебольничные

(приобретенные вне больничного учреждения) и нозокомиальные,

т. е. больной заболевает, находясь в лечебном учреждении. Пневмонии во всех случаях вызываются инфекционным агентом.

Заболевания легких, вызываемые высококонтагиозными инфекционными агентами (чума, корь, брюшной тиф, краснуха, грипп и др.), физическими, химическими факторами, а также имеющие сосудистое или аллергическое происхождение, из числа пневмоний исключаются!

Внебольничные пневмонии возникают воздушно-капельным путем проникновения возбудителя. Происходит вдыхание мелких капель или аспирация секрета верхних дыхательных путей, содержащих микроорганизмы. При нозокомиальных пневмониях заболевание развивается вследствие подавления кашлевого рефлекса, непосредственного повреждения слизистой трахеобронхиального дерева во время оперативного вмешательства и искусственной вентиляции легких либо резкого снижения общей и местной иммунной защиты организма на фоне иммуносупрессивной терапии.

В течении заболевания различаются несколько стадий. Для стадии прилива

характерно острое начало заболевания (часы). Появляются озноб, головная боль, боль в грудной клетке при дыхании, повышение температуры, сухой кашель, позже появляется «ржавая» мокрота, герпес на губах, гиперемия щеки на стороне поражения, раздувание крыльев носа. При дыхании отмечается отставание пораженной половины грудной клетки. В стадии

уплотнения

появляются кашель с гнойной мокротой, постоянная лихорадка, одышка, боли в груди при дыхании и кашле, психическое возбуждение вплоть до психозов. Герпес на губах сохраняется, имеются гиперемия щеки, иктеричность кожи, склер. Происходит усиление голосового дрожания, перкуторно отмечается тупой звук. Когда процесс разрешается – это

третья

стадия, появляется продуктивный кашель, выделяется большое количество мокроты, снижается температура тела. Герпес на губах отмечается в стадии обратного развития.

Течение:

острое, затяжное, хроническое.

Пневмонии обычно разрешаются в течение 3–4 недель.

#### Ведение больных:

больные подлежат обязательной госпитализации. Необходимо соблюдение постельного режима, щадящей диеты. Медицинская сестра осуществляет общие мероприятия по уходу за больным. Должно быть обеспечено обильное питье. По назначению врача медицинская сестра ставит больному банки, горчичники (местное лечение).

Должна применяться рациональная ранняя антибактериальная терапия. Прием антибактериальных препаратов уменьшается при снижении температуры тела ниже 37,5 °С, отсутствии интоксикации, дыхательной недостаточности, гнойной мокроты, нормализации показателей крови (лейкоциты ниже  $10 \times 10^9$  /л, нейтрофилы ниже 80 %, юные ниже 6 %), отсутствии отрицательной динамики на рентгенограмме.

Необходимо проведение противовоспалительного лечения путем комплексного применения физиотерапевтических методов и медикаментозных средств, например, нестероидных противовоспалительных препаратов.

Лечебная дыхательная гимнастика назначается при снижении температуры тела до субфебрильной и отсутствии нарушений гемодинамики; физиотерапевтические процедуры (СВЧ-поле на область пневмонического очага) – при отсутствии противопоказаний (абсцедирования, кровохарканья, подозрений на опухолевый или специфический процесс, тяжелой сердечной патологии).

Нестероидные противовоспалительные средства назначаются по окончании курса антибактериальной терапии и при отсутствии противопоказаний со стороны желудочно-кишечного тракта.

Больные с выраженным психомоторным возбуждением нуждаются в пристальном наблюдении медицинской сестры.

Прогноз при отсутствии осложнений является благоприятным, при наличии осложнений определяется степенью их выраженности.

В профилактике пневмонии имеют значение закаливание организма, отказ от курения. За лицами, перенесшими пневмонию, необходимо устанавливать диспансерное наблюдение. Всем лицам старше 65 лет без иммунологических нарушений показана вакцинация пневмококковой вакциной *S. pneumoniae*, моложе 65 лет – только при наличии тяжелых сопутствующих заболеваний.

Хронический бронхит представляет собой диффузный воспалительно-дегенеративный процесс в слизистой оболочке бронхов и перибронхиальной ткани. Проявляется постоянным или периодически возникающим кашлем с мокротой на протяжении не менее 3 месяцев в году в течение 2 лет и более. К хроническому бронхиту приводят:

- курение (у курящих частота встречаемости хронического бронхита в 2–5 раз выше, чем у некурящих);
- инфекция (вирусная или бактериальная);
- токсическое воздействие;
- профессиональные вредности;
- домашнее загрязнение воздуха (продуктами сгорания органического топлива, отопительными приборами и проч.).

В ответ на раздражающее действие патологического агента в бронхах происходят гиперсекреция слизи и изменение ее свойств. Развиваются воспалительный отек и инфильтрация слизистой бронха, нарушаются бронхиальная проходимость и дренажная функция бронхов.

Хронический бронхит подразделяется на

простой, слизисто-гнойный

и

смешанный.

А по течению – на рецидивирующий, хронический, прогрессирующий.

При простом хроническом бронхите отмечаются кашель (вначале сухой по утрам, затем с незначительным количеством слизисто-гнойной мокроты – до 20 мл в сутки), недомогание, слабость, повышенная утомляемость. Дыхание жесткое, иногда ослабленное. Слизисто-гнойный хронический бронхит – возможно появление влажных звучных мелкопузырчатых хрипов. При хроническом обструктивном бронхите отмечается нарастание кашля, мокроты, одышки. Появляются диффузный цианоз (губ, мочек ушей, акроцианоз), редкое глубокое дыхание, бочкообразная грудная клетка. Дыхание равномерно ослабленное с удлиненным выдохом, отмечаются рассеянные сухие жужжащие хрипы, исчезающие после покашливания.

Ведение больных:

при повышении температуры больному назначается постельный режим. Антибактериальная терапия проводится при наличии гнойной мокроты. При кашле рекомендуется употреблять горячее молоко с содой, показано применение противокашлевых средств (кодеина, либексина). По показаниям назначаются оксигенотерапия, лечебная бронхоскопия, физиотерапевтические процедуры – большое значение имеют дыхательная гимнастика, климатолечение.

Профилактика заключается в своевременном лечении острых бронхитов и респираторных заболеваний, раннем выявлении и лечении начальных стадий хронического бронхита, закаливании организма (воздушными и солнечными ваннами, водными процедурами), проведении мероприятий по борьбе с запыленностью и загазованностью воздуха рабочих помещений, ограничении курения, санации очагов хронической инфекции. Бронхоэктатическая болезнь характеризуется регионарным расширением бронхов с преимущественной локализацией процесса в нижних отделах легких. Проявляется хроническим эндобронхиальным нагноением. Заболевание связано с генетическими дефектами развития бронхов, наблюдаемыми у детей и взрослых. Чаще болеют мужчины. Формируется обтурационный ателектаз вследствие нарушения бронхиальной

проходимости. При заболевании снижаются эластичность и механическая устойчивость бронхов.

Заболевание проявляется продуктивным кашлем (преимущественно по утрам) с отделением значительного количества слизисто-гнойной или гнойной мокроты, кровохарканьем. Отделение мокроты зависит от положения тела, она усиливается в состоянии сидя и уменьшается при положении лежа. Появляются интоксикация, похудание, повышение температуры тела. Лицо становится одутловатым, приобретает землистый оттенок диффузного цианоза. Отмечается западение пораженной стороны грудной клетки. Пальцы приобретают вид барабанных палочек, а ногти – часовых стекол.

Дыхание жесткое, определяются очаги стойких влажных средне- и крупнопузырчатых хрипов, громкие сухие хрипы. Течение заболевания прогрессирующее, возможны длительные ремиссии.

#### Ведение больных:

назначаются

диета

– стол № 15 и

активный позиционный дренаж

по Б. Е. Вотчалу

Антибактериальные

препараты применяются парентерально и внутрибронхиально, возможны повторные санационные бронхоскопии. Лечение:

используются бронхолитическая терапия, отхаркивающие средства, витамины (группы В, С). В фазе ремиссии показано

санаторно-курортное

лечение. Для

профилактики

используется своевременное лечение легочных инфекций. Проводят борьбу с курением, систематически – позиционный дренаж.

Прогноз при ограниченном поражении благоприятный, при распространенном процессе и наличии осложнений – неблагоприятный.

Инфекционная деструкция легких представляет собой патологический процесс, характеризующийся омертвлением и распадом легочной паренхимы в результате воздействия патогенных микроорганизмов. К инфекционной деструкции легких относятся абсцесс легкого и гангрена легкого.

#### Абсцесс легкого

##### Абсцесс легкого

– ограниченное гнойное воспаление легочной ткани с деструкцией ее паренхимы и бронхов, их расплавлением и образованием полости.

К развитию абсцесса легкого приводят обструкция бронхов инородными телами, острая пневмония, бронхоэктазы, травмы грудной клетки. Инфекционный агент проникает в легочную ткань через бронхи, кровь, лимфу, при аспирации инородных тел. Вследствие этого нарушается дренажная функция бронхов.

При  
остром  
абсцессе легкого период  
организации

до вскрытия полости составляет до 7 дней. Остро появляются сухой надсадный кашель, озноб. Характерна смена озноба на проливной пот (гектическая лихорадка).

Возможны психические нарушения. У больных отмечаются одутловатость лица, гиперемия щек, отставание пораженной стороны грудной клетки при дыхании. Аускультативно выслушивается жесткое дыхание с бронхиальным оттенком. В периоде после вскрытия полости отмечаются внезапное отхождение зловонной гнойной мокроты полным ртом, падение температуры, уменьшение интоксикации. Дыхание становится амфорическим, выслушиваются влажные звучные средне- и крупнопузырчатые хрипы.

При  
хроническом

абсцессе легкого отмечается кашель со зловонной мокротой, может быть кровохарканье. Характерны ознобы, потливость, одутловатость лица, диффузный цианоз, неприятный запах изо рта. Пальцы имеют вид барабанных палочек, ногти – часовых стекол. Над расположенным участком выслушиваются амфорическое дыхание, влажные звучные мелкопузырчатые хрипы.

Гангрена легкого

Гангрена легкого

– прогрессирующий некроз и ипохорозный (гнилостный) распад легочной ткани, не склонный к ограничению.

К развитию гангрены легкого приводят неклостридиальные анаэробы, которые проникают в легочную ткань. Активируются бактериальные экзотоксины, усиливается их непосредственное воздействие на легочную ткань. Наступают прогрессирующий некроз легочной ткани, тромбоз сосудов в зоне поражения, что ведет к нарушению формирования грануляционной ткани.

Клиника:

основные проявления характеризуются появлением кашля со зловонной мокротой и фрагментами легочной ткани, гектическим характером лихорадки, болью в грудной клетке, одышкой. Аускультативно вначале выслушивается бронхиальное дыхание, затем резкое ослабление дыхания. Течение тяжелое, прогрессирующее.

Ведение больных:

инфекционная деструкция легких лечится

только в стационаре,  
по возможности – в отделении торакальной хирургии. Осуществляется тщательный уход за больными, назначают высококалорийную диету с достаточным количеством белка и витаминов (стол № 15). Проводятся инфузии питательных смесей.  
При расположении абсцесса в нижних долях целесообразно проводить позиционный дренаж, приподнимая ножной конец кровати. При выделении большого количества мокроты больного помещают в отдельную палату. Медсестра замеряет количество выделяющейся мокроты. Медикаментозное лечение: антибактериальная терапия проводится парентерально, возможно введение в легочную артерию. Как правило, в лечении используют несколько видов антибактериальных препаратов в сочетании. Назначаются дезинтоксикационные средства (реополиглюкин, гемодез, гемосорбция, УФО аутокрови), бронхоспазмолитики. Выполняется эндоскопическая санация бронхов с последующим введением антибиотиков, ферментов, антисептиков.  
Профилактические мероприятия заключаются в адекватном лечении острых пневмоний, адекватном бронхиальном дренаже, санации очагов хронической инфекции, отказе от курения.

Бронхиальная астма представляет собой хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, в котором играют роль многие клетки и клеточные элементы. Хроническое воспаление вызывает повышение реактивности дыхательных путей. Это в свою очередь приводит к повторяющимся эпизодам свистящих хрипов, одышки, чувства стеснения в груди и кашля, особенно ночью или ранним утром. Эпизоды удушья обычно связаны с распространенной, но изменяющейся по своей выраженности бронхиальной обструкцией, которая часто является обратимой либо спонтанно, либо под влиянием лечения. Бронхиальная астма бывает с преобладанием аллергического компонента, неаллергической, смешанной.

В периоде предвестников отмечаются насморк, чиханье, слезотечение, чувство першения в горле, появление приступообразного кашля. В развернутом периоде больные принимают вынужденное положение (сидя), появляется экспираторная одышка. Отмечаются сухие свистящие хрипы, глубокое редкое дыхание. Характерны диффузный цианоз, набухание шейных вен. Возможны участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, расширение межреберных промежутков. Перкуторно выслушивается жесткое дыхание, масса сухих свистящих хрипов. В периоде разрешения отмечаются появление кашля с трудноотделяемой стекловидной вязкой мокротой, исчезновение дистанционных хрипов, перкуторно – уменьшение коробочного звука, аускультативно – уменьшение сухих хрипов. Течение заболевания чаще прогрессирующее, с периодами обострений и ремиссий.

Ведение больных:



целями ведения больных бронхиальной астмой являются достижение и поддержание контроля над симптомами болезни, предотвращение обострения заболевания.

Основные принципы ведения больных бронхиальной астмой заключаются в обучении больных формированию партнерских отношений в процессе их ведения, самооценке и мониторингованию тяжести бронхиальной астмы, как с помощью записи симптомов, так и по возможности измерения функции легких, устранению воздействия факторов риска, обеспечению регулярного динамического наблюдения.

#### Профилактика

приступа астмы самим больным заключается в проведении медицинских бесед для улучшения понимания им своего состояния, улучшения навыков оказания самопомощи, повышения удовлетворенности результатами лечения, повышения доверия к медицинским работникам. Должны

устраняться воздействия факторов риска: например, бытовых аллергенов, исключаться контакты с аллергенами вне помещений, а также контакт с поллютантами внутри помещений и вне них и с профессиональными аллергенами. Соблюдение антиаллергической диеты. Не принимать лекарственные средства, способствующие аллергизации организма.

#### Плановая медикаментозная терапия

астмы выбирается исходя из тяжести течения, доступности противоастматических препаратов, индивидуальных условий жизни больного для обеспечения минимальной выраженности хронических симптомов, включая ночные симптомы.

#### Первичная профилактика:

учет и контроль лиц с наследственной предрасположенностью к бронхиальной астме, санация очагов инфекции, борьба с курением, уменьшение воздействия аллергических факторов бронхиальной астмы и уменьшение потребности в медикаментозной терапии.

#### Вторичная профилактика

состоит в диспансерном наблюдении, контроле над систематическим приемом бронхолитиков, проведении санаторно-курортного лечения.

Медицинская сестра при уходе за больными бронхиальной астмой не должна пользоваться кремами с сильным запахом, духами и другими ароматсодержащими средствами, поскольку все это может спровоцировать приступ.

Прогноз: при тяжелом течении бронхиальной астмы наступает инвалидизация.

Рак легкого встречается не часто, составляет от 20 до 150 случаев на 100 000 населения.

Поражает преимущественно мужчин в возрасте 40–60 лет. Этиология остается неясной.

Возникновению заболевания способствуют воздействие канцерогенных веществ (никеля, кобальта, железа), вдыхание пыли в горнорудной промышленности, ароматические вещества, продукты неполного сгорания топлива в автомобильных двигателях, воздействие табачного дыма (в том числе и его пассивное вдыхание), хронические воспалительные процессы в легких, отягощенная наследственность, иммунодефицитные состояния.

Основные проявления связаны с кашлем, развитием реактивного бронхита, затем ателектаза легких, перифокальной пневмонии, распадом легочной ткани. Характер кашля становится приступообразным, коклюшеподобным, вначале сухим, впоследствии – со слизистогнойной мокротой, с примесью крови (сгустки, легочное кровотечение). Появляются боли в груди с поврежденной стороны. Интенсивность болей нарастает при прорастании опухоли в стенку грудной клетки, поражении ребер, позвонков метастазами. Постепенно нарастает одышка, что отмечается при развитии ателектаза легких, массивном выпоте в плевру, сдавлении органов средостения. Развиваются слабость, потливость, утомляемость, похудание, западение грудной стенки на стороне поражения. Повышается температура тела, что связано с воспалительным процессом, раковой интоксикацией, развитием осложнений. Перкуторно выслушивается над очагом поражения притупление звука, аускультативно – ослабленное везикулярное дыхание.

Заболевание быстро прогрессирует, прогноз неблагоприятный.

### Ведение больных:

за пациентами устанавливается  
строгое медицинское наблюдение.

Назначается высококалорийная  
диета

– стол № 15. Используются

лучевая

терапия,

химиотерапия,

раннее

хирургическое

лечение.

Профилактика

заключается в уменьшении запыленности, загазованности воздуха, борьбе с факторами профессиональной вредности, борьбе с курением, эффективным лечением пневмоний.

Плевриты характеризуются воспалительным процессом в плевре, который развивается вторично и является отражением имеющегося в организме самостоятельного заболевания (опухоли, пневмонии, туберкулеза, панкреатита, травмы и др.).

Существуют

транссудаты

и

экссудаты.

К развитию плеврита могут привести обострения туберкулезного процесса в легких или внутригрудных лимфатических узлах, неспецифические воспалительные процессы в легких, ревматизм, коллагенозы, инфаркты, опухоли легких, травма грудной клетки, острые и хронические инфекционные заболевания (сухой плеврит).

### Сухой плеврит

При сухом плеврите возникает боль в пораженной половине грудной клетки, усиливающаяся при дыхании, кашле. Боль наиболее резкая в начальном периоде. Температура тела нормальная или субфебрильная. Больной щадит пораженную сторону, лежит на здоровом боку. При аускультации дыхание ослаблено, слышен шум трения плевры.

### Экссудативный плеврит

При экссудативном плеврите отмечаются высокая температура тела, сильные колющие боли в грудной клетке, усиливающиеся при глубоком вдохе, мучительный сухой кашель, потливость, отсутствие аппетита, одышка, цианоз, отставание нормальной половины грудной клетки при дыхании, сглаженность межреберных промежутков. Больной принимает вынужденное положение (лежит на больном боку). При аускультации отмечается ослабление дыхания в зоне поражения, шум трения плевры выслушивается в начале заболевания и при рассасывании экссудата. Течение бывает длительным, острым, подострым, хроническим.

### Ведение больных:

пациентам назначается строгий постельный режим, проводится частая смена белья.

#### Диета

должна быть богатой белком, витаминами, ограниченная солью, жидкостью. При экссудативном плеврите проводится

пункция плевральной полости,

которую выполняет врач. Медицинская сестра помогает ему. Полученную плевральную жидкость отправляют на исследование, в которой определяются содержание белка, наличие туберкулезных микобактерий, исследуется осадок (при плеврите содержание белка превышает 3 %, а в осадке определяются лейкоциты, в основном лимфоциты).

### Заболевания желудочно-кишечного тракта

Основные симптомы при заболеваниях желудочно-кишечного тракта

При заболеваниях органов пищеварения встречаются разнообразные жалобы, которые можно разделить на три группы:

- вызванные желудочной диспепсией;
- связанные с кишечной диспепсией;
- на болевые проявления.

#### Проявления

желудочной диспепсии

больше характерны для хронического гастрита,

болевые проявления

– для язвенной болезни, а проявления

кишечной диспепсии

– для болезней кишечника. К диспепсическим нарушениям относятся тошнота, рвота, отрыжка, изжога, нарушение аппетита, ощущение неприятного вкуса во рту, задержка стула, частый жидкий стул, метеоризм. При желудочной диспепсии отмечаются отрыжка, изжога, тошнота, рвота, слюнотечение, понижение аппетита. При кишечной диспепсии чаще отмечаются расстройства стула в виде поносов, чередующихся с запорами, ощущения полноты и тяжести в животе, урчание и переливание в кишечнике, вздутие живота, повышенное выделение газов. При заболеваниях печени больные могут указывать на ощущение горечи и металлического привкуса во рту, кожный зуд, периодическое потемнение мочи, обесцвеченный или «гнилостный» кал, желтушность склер и кожи, увеличение живота. Болевые проявления связаны с разнообразными по силе и окраске болями. Нерезкие, тупые неопределенного характера боли в подложечной области характерны для хронического гастрита, резкие приступообразные, нарастающие – для язвенной болезни; распирающие, схваткообразные боли по ходу кишечника – для заболеваний кишечника.

#### Отрыжка

– это заброс из желудка в рот жидкого содержимого или воздуха. Может наблюдаться при различных заболеваниях желудка, особенно характерна для невротических

состояний. Отрыжка с выделением дурно пахнущих газов встречается при органических заболеваниях желудка с задержкой и разложением пищевых масс.

### Изжога

– своеобразное периодически возникающее ощущение жжения в эпигастральной области, распространяющееся вверх под мечевидный отросток. Развивается при нарушении функции кардиального сфинктера, приводящем к забрасыванию содержимого желудка в пищевод, что приводит к развитию воспаления слизистой пищевода и раздражению в ней рецепторов. В основе изжоги лежит хронический эзофагит.

### Тошнота

– неприятное ощущение дурноты, приступообразной слабости, давления в эпигастральной области, слюнотечения, потливости, похолодания и онемения конечностей, позывов на рвоту, головокружения и даже помрачения сознания. Все симптомы возникают в результате возбуждения рвотного центра вследствие раздражения окончаний нерва вагуса, заложенных в брюшных органах. Тошнота особенно характерна для расширения, гипотонии желудка, опущения внутренних органов, хронических гастритов и холециститов в фазе обострения.

### Рвота

– сложный рефлекторный акт, в результате которого происходит внезапное выбрасывание через рот содержимого желудка. Механизм рвоты следующий. В результате закрытия привратника происходит прекращение перистальтики желудка, сокращение его пилорической части и наполнение дна желудка. Раскрывается жом кардиального отдела желудка, происходит наполнение пищевода. За счет сокращения дыхательной мускулатуры и брюшного пресса пищевые массы выталкиваются наружу. Рвота бывает центральной и периферического происхождения.

### Центральная

рвота наблюдается при заболеваниях центральной нервной системы, интоксикациях, сопровождающихся раздражением рвотного центра.

### Рефлекторная

рвота возникает при раздражении рефлексогенных зон: корня языка, мягкого нёба, зева, слизистой желудка, брюшины. При заболеваниях желудка рвота бывает следствием повышенной чувствительности нервных окончаний слизистой желудка, привратника, двенадцатиперстной кишки к раздражающему действию грубой пищи, кислого желудочного содержимого. При наличии рвоты уточняют время ее возникновения – утром, сразу после приема пищи, спустя несколько часов после приема еды. Ранняя рвота натощак по утрам характерна для интоксикаций (алкогольной, уремии), во время еды – для функциональных расстройств нервной системы, поздняя – для язвенной болезни. Выделение в большом количестве переваренной пищи, принятой 12–24 часа тому назад, указывает на непроходимость привратника, а рвота

непереваренной пищей наблюдается при ее застое в пищеводе. Рвотные массы с отвратительным фекальным запахом появляются при непроходимости кишечника.

Рвота при заболеваниях органов пищеварения, в отличие от центральной рвоты, возникает на фоне тошноты, изжоги, боли!

### Аппетит

изменяется при болезнях органов пищеварения. Его резкое понижение наблюдается при гастритах с пониженной секреторной активностью, раке желудка. Иногда может развиваться отвращение к пище (анорексия).

У больных может отмечаться извращение аппетита (парарексия),

они становятся капризными в еде, появляется склонность к употреблению неудобоваримых веществ (мела, глины и др.). При поражении пищевода (дивертикуле, раке, кардиоспазме) затрудняется глотание, больные испытывают неловкость при еде, боли или затруднение прохождения пищевого комка по пищеводу (дисфагия).

### Ощущение вкуса пищи.

Вкус пищи перестает ощущаться при заболеваниях полости рта, колитах, появляется дурной запах изо рта. При заболеваниях печени и желчевыводящих путей иногда возникает чувство горечи во рту.

### Боли

в области живота бывают разнообразного характера. Различаются боли соматические и висцеральные.

Соматические боли обусловлены раздражением тканей, иннервируемых чувствительными нервами (в подкожной клетчатке, коже, париетальной брюшине).

Они наблюдаются при повреждении брюшной стенки, воспалении брюшины.

Висцеральные боли характерны для раздражения внутренних органов (желудка, кишечника, печени, почек, поджелудочной железы). Они вызваны раздражением

симпатических волокон, возникающем при растяжении капсулы органа (печени, селезенки, почки), спазме мускулатуры желудка, кишки, желчного протока,

сосудистыми нарушениями (тромбозом мезентериальной артерии), воспалением, изъязвлением слизистой оболочки желудка. Такие боли носят спастический характер и не сопровождаются напряжением брюшной стенки. Необходимо устанавливать связь боли с приемом пищи. Различаются

боли ранние

(сразу или через час после приема пищи),

поздние

(через 2–4 часа),

ночные

и

голодные.

При заболеваниях кишечника боли носят давящий, распирающий или коликообразный характер, отмечается их тесная связь со стулом. При заболеваниях печени и желчевыводящих путей боли локализуются в правом подреберье, носят тупой, ноющий характер и становятся острыми коликообразными при печеночной колике. Оценивая характер болей, учитывают их характер, интенсивность, продолжительность, периодичность, связь их возникновения с приемом пищи или актом дефекации, физической нагрузкой, изменением положения тела, влияния на них лекарственных препаратов. Необходимо помнить, что боли в области живота могут возникать при болезнях сердца (инфаркте миокарда), органов дыхания (крупозной пневмонии), неврологических заболеваниях.

### Метеоризм

– ощущение вздутия, тягостного распирания живота. Его причинами могут быть нарушения двигательной функции кишечника, парез, спазмы кишечника, непроходимость, повышенное газообразование (при содержании в пище клетчатки – бобовых, гороха, капусты), снижение всасывательной функции желудка.

### Понос (частый жидкий стул)

является признаком заболевания кишечника; поносы по характеру подразделяются на инфекционные, токсические, эндокринные, аллергические, нервные. Характер поноса зависит от места поражения кишечника. Воспаление толстой кишки обычно вызывает необильный стул. При воспалении тонкой кишки стул обычно бывает обильным, объемным, могут значительно нарушаться пищеварение и общее состояние. Поносы возникают при нарушениях бродильной и гнилостной микрофлоры кишечника. Бродильная диспепсия характеризуется вздутием живота, кашицеобразными и обильными испражнениями с кислым запахом и большим количеством газа. Гнилостная диспепсия связана с секреторной недостаточностью желудка и поджелудочной железы, что сказывается на переваривании белков. Испражнения обычно жидкие, темного цвета, с неприятным гнилостным запахом, щелочной реакцией, с кусочками переваренной пищи.

### Запор

– длительная задержка стула (более 2 суток). Задержка кишечного содержимого при запорах происходит в толстой и прямой кишках, по характеру различают органические

и

функциональные

запоры. К органическим относятся запоры, связанные с механическими препятствиями (сужением просвета кишки опухолью, сращениями, рубцами), а также аномалиями в развитии кишечника. Функциональные запоры нередко обусловлены алиментарным фактором – употреблением в пищу легкоусвояемой, рафинированной пищи, бедной растительной клетчаткой. Могут быть неврогенные дискинетические запоры, токсические запоры.

Кроме того, больным свойственны жалобы общего характера на слабость, головные боли, плохое настроение, ипохондрические реакции. Больные с заболеваниями печени иногда жалуются на кожный зуд, который возникает в результате накопления в крови желчных кислот (холемиа), при нарушении оттока желчи (механическая желтуха), на пожелтение кожи и темную окраску мочи, увеличение живота (асцит) и появление отеков на нижних конечностях.

#### Сестринский уход за больными с заболеваниями желудочно-кишечного тракта

Больным с патологией желудочно-кишечного тракта назначается соответствующая диета:  
при язвенной болезни показан стол № 1, при хроническом гастрите с секреторной недостаточностью – стол № 2, при хронических заболеваниях кишечника с запорами – стол № 3, при острых заболеваниях и резком обострении хронических заболеваний кишечника – стол № 4, при остром гепатите и холецистите, обострении хронического гепатита, гепатита и желчнокаменной болезни, циррозе печени в стадии компенсации – стол № 5.

При неясной картине происхождения болей в животе запрещается проводить обезболивающую терапию, ставить грелки, клизмы, промывать желудок!

Оцениваются рвотные массы:

объем, их запах, цвет, консистенция, характер остатков пищи, наличие примесей (желчь, сгустки крови и др.). Рвотные массы, особенно при бессознательном состоянии больного, могут попасть в дыхательные пути, вызвать тяжелую инспираторную одышку, а затем аспирационную пневмонию, поэтому важно своевременно оказать больному помощь.

Во время рвоты больного усаживают или укладывают на бок, наклоняют голову вниз, подставляют тазик, а к углу рта подносят лоток или полотенце. После рвоты больному дают прополоскать рот теплой водой, а тяжелым или ослабленным больным очищают полость рта ватным тампоном, смоченным водой или слабым раствором пищевой соды, перманганата калия. Тяжелобольным протирают рот ватным шариком. Рвотные массы при необходимости лабораторного исследования собирают в отдельную посуду, а затем направляют в лабораторию. Особого внимания и наблюдения медицинской сестры требуют больные, у которых в рвотных массах имеется кровь. Рвота «кофейной гущей» свидетельствует о желудочном кровотечении. В этом случае к больному срочно вызывают врача, на живот кладут пузырь со льдом. При связи рвоты с отравлением проводят промывание желудка.

Для

борьбы с метеоризмом

больным назначается диета, предусматривающая исключение капусты, бобовых, свежего хлеба, ограничение картофеля, мучных блюд, рафинированных углеводов. Больным рекомендуется прием активированного угля или карболена по 0,5–1 г 3–4 раза в день, при наличии показаний – ферментных препаратов. Назначаются ветрогонные травы (ромашка, укроп). При резко выраженном метеоризме применяют газоотводную трубку.

При заболеваниях желудочно-кишечного тракта медицинская сестра должна следить за регулярностью опорожнения кишечника, характером стула, его консистенцией, окраской.

Появление дегтеобразного стула свидетельствует о желудочно-кишечном кровотечении – это требует срочного вызова врача.

Больного в этом случае необходимо немедленно уложить в постель. Медицинская сестра должна немедленно докладывать врачу обо всех изменениях в состоянии больных.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Заболевание представляет собой воспалительное поражение дистальной части пищевода вследствие повторяющегося заброса в него содержимого желудка или тонкой кишки. Гастроэзофагеальный рефлюкс является нормой, патологическим явлением становится при уменьшении слюноотделения, вследствие длительного приема антихолинергических средств, многолетнего курения, снижения быстроты очищения (клиренса) пищевода от забрасываемого содержимого. Происходят снижение функции антирефлюксного барьера, снижение клиренса пищевода, нарушается опорожнение желудка.

Наиболее характерным является диспепсический синдром, который проявляется изжогой. Ее появление зависит от положения тела, например, появляется и резко усиливается при наклонах (особенно вперед), в горизонтальном положении, часто в ночные часы, чему способствует недостаточность нижнепищеводного жома. Изжога может сочетаться с кислой отрыжкой, ощущением кола за грудиной, появлением солоноватой жидкости во рту как следствие рефлукторной гиперсаливации на рефлюкс. Нарушение двигательной функции пищевода и желудка приводит к появлению отрыжки и срыгивания. Дисфагия свидетельствует о развитии осложнений, таких, как резко выраженный отек и воспаление слизистой оболочки, формирование рубцовых стриктур пищевода. Быстро прогрессирующая дисфагия и потеря массы тела должны настораживать в отношении развития аденокарциномы.

Болевой синдром обусловлен эзофагоспазмом, дискинезией пищевода. Боль подобна стенокардитической, не зависит от эмоций и физического напряжения, но может купироваться нитропрепаратами.

Синдром бронхолегочных осложнений развивается вследствие аспирации регургитата (содержимого желудка) и проникновения его в нижележащие воздухоносные пути (особенно легко – в ночные часы). Возникающая рефлюксная бронхиальная астма имеет клиническое отличие от классической бронхиальной астмы:

- впервые возникает в старшем возрасте;
- без наследственной предрасположенности;
- при отсутствии аллергического анамнеза;
- начало внезапное, без предшествующей респираторной вирусной инфекции или обострения хронического обструктивного бронхита;
- отмечается утренняя осиплость голоса, могут быть избыточное слюнотечение, постоянное покашливание, ощущение застрявшей в глотке пищи.



Течение  
длительное,  
прогрессирующее, с периодами обострений и ремиссий.

#### Ведение больных:

основное значение отводится изменению стиля жизни, –  
необходимы отказ от курения, коррекция диеты, объема принимаемой пищи, времени ее приема.

Ограничивается употребление кислых фруктовых соков, продуктов, усиливающих газообразование, угнетающих функцию нижнего пищеводного сфинктера (чеснока, лука, перца, томатов, продуктов с высоким содержанием жиров, шоколада, кофе, какао, алкогольных напитков). Ограничивается употребление пищи перед сном. Головной конец кровати должен быть поднят, поднимать только голову не рекомендуется из-за возможного повышения внутрибрюшного давления и углубления рефлюкса.

#### Медикаментозное

лечение: не следует принимать медикаментозные препараты, угнетающие функцию нижнего пищеводного сфинктера, таких как теofilлин, антидепрессанты, нитраты, антагонисты кальция. Проведение медикаментозной терапии предусматривает прием прокинетиков, антацидов (принимать часто, через 1,5–2 часа после еды и на ночь, в зависимости от выраженности симптомов). Используются Н

2

-блокаторы гистаминовых рецепторов, ингибиторы протонной помпы (омепразол).

Прогноз при своевременном лечении благоприятный, при отсутствии лечения – сомнительный.

Профилактика заключается в соблюдении диеты и рекомендаций по изменению образа жизни, своевременному проведению профилактического лечения рефлюкс-эзофагита при грыжах пищеводного отдела диафрагмы.

Хронический гастрит представляет собой хроническое рецидивирующее очаговое или диффузное воспаление слизистой и подслизистой оболочек желудка с нарушением регенерации, склонностью к прогрессированию, развитию атрофии и секреторной недостаточности. Заболевание вызывается бактериями анаэробами *Helicobacter pylori* (*H. pylori*). В результате расстройства образования слизи происходит воспаление слизистой оболочки желудка, снижается кровоток, поражаются слизеобразующие железы. Постепенно происходит дистрофия слизистой оболочки желудка, разрастается соединительная ткань. Это приводит к атрофии слизистой оболочки, слизеобразующих желез.

#### Хронический поверхностный гастрит

Для хронического поверхностного гастрита  
(тип В)

характерна боль в эпигастрии: тупая, ноющая, без определенной иррадиации, возникает сразу после приема пищи или является постоянной. В желудке ощущаются тяжесть, переполнение после приема пищи, которые сохраняются 1–1,5 часа. Отмечаются изжога, отрыжка воздухом, рвота (непостоянная), запоры, вздутие живота. Язык обложен белым налетом. При пальпации в эпигастральной области отмечается болезненность.

#### Хронический атрофический гастрит

Для хронического атрофического гастрита  
(тип А)

боль не характерна. Снижается аппетит, возникают чувство тяжести и переполнения в желудке, тошнота, рвота (редко), метеоризм, похудание, поносы, плохая переносимость молока. При осмотре: язык обложен серо-белым налетом, определяется болезненность при пальпации в эпигастрии, но не обязательно, урчание по ходу толстого кишечника. Течение хронического гастрита медленное, прогрессирующее.

Ведение больных:

больным с острым гастритом проводится промывание желудка. Медсестра следит за соблюдением больным строгой диеты в течение 1–2 дней. В последующие 4–5 дней назначается щадящая диета. Больным с хроническим гастритом назначается диета:

- при хроническом поверхностном гастрите – стол № 1а, 1б, 1;

- при хроническом атрофическом гастрите – стол № 1а, 1б, 2.

Медикаментозная

терапия проводится с применением антихеликобактерной терапии (используются денол, тетрациклин, кларитромицин, метронидазол, ланзап), антихолинергических средств при болях и диспепсических явлениях (таких, как атропин, метацин, платифиллин, гастроцепин). При атрофическом гастрите эти средства противопоказаны. Используются антациды, обволакивающие и вяжущие средства (альмагель, альмагель-А, фосфалюгель, викалин), ферментные препараты, анаболические гормоны, прокинетики при нарушении процессов пищеварения и всасывания в кишечнике, желчегонные препараты при нарушении выделения желчи.

Назначаются

минеральные воды

– при хроническом поверхностном гастрите бикарбонатные за 1 час до приема пищи (с дегазацией), при хроническом атрофическом гастрите – хлоридно-бикарбонатные за 15–20 минут до приема пищи. Из

физиотерапевтического

лечения используются электрофорез, грязелечение, гидротерапия. Вне обострений показано

санаторно-курортное

лечение.

Прогноз при хроническом поверхностном гастрите благоприятный, при хроническом атрофическом гастрите – сомнительный.

Профилактика заключается в рациональном питании, отказе от алкоголя и курения, соблюдении правил техники безопасности на вредных производствах, санации ротовой полости, лечении заболеваний желудочно-кишечного тракта, своевременной дегельминтизации, профилактическом лечении в осенний и весенний сезоны.

Язвенная болезнь является хроническим рецидивирующим заболеванием, характеризующимся формированием язвы в желудке или двенадцатиперстной кишке. В развитии заболевания имеют значение бактерии *H. pylori*, снижение одного из факторов защиты – муцинообразования. В клинической картине заболевания отмечается боль (режущая, пронизывающая, иногда схваткообразная, реже – тупая и слабая, локализуемая в определенной точке в эпигастрии). Может быть изжога, возникающая до развития язвы. Чаще она возникает или натощак, или в связи с приемом пищи, или в ночные часы. Рвота возникает на высоте болей, приносит облегчение, поэтому больные нередко вызывают ее сами, остатков пищи не содержит. Отрыжка бывает кислым, пищей,

воздухом, при стенозе – с тухлым запахом. Запоры связаны со спазмом толстой кишки нервно-рефлекторного генеза, развитием колита. Аппетит при язве двенадцатиперстной кишки повышен, при язве желудка – понижен. Отмечаются цианоз тканей и влажность ладоней, усиленное потоотделение, выраженный красный (реже белый) дермографизм, температурные асимметрии, связанные с повышением тонуса парасимпатической нервной системы. Язык обложен белым налетом, в слизистой оболочке языка могут быть трофические расстройства. Течение длительное, с периодами обострений и ремиссий.

#### Ведение больных:

лечение обострения болезни предусматривает соблюдение режима покоя, включая постельный режим в условиях стационара.

#### Диета

должна быть достаточно калорийной, не возбуждать моторную и секреторную функции желудка. Питаться следует 5–6 раз в день. Исключаются острые, жареные блюда, копченая рыба. Применяются вегетарианские протертые супы, добавляются сливки, нежирное мясо, яйца всмятку, омлеты и белый хлеб, фруктовые соки.

#### Медикаментозная

терапия не отличается от лечения хронического гастрита. Язва в норме должна зарубцеваться за 2 недели.

При развитии в стационаре у больного желудочного или кишечного кровотечения необходимо срочно сообщить об этом врачу, поскольку у такого больного возможно развитие геморрагического шока!

Больной немедленно должен быть уложен в постель. Прием пищи противопоказан. В срочном порядке решается вопрос о переводе пациента в хирургическое отделение.

При острой форме болезни в течение года наступает полное выздоровление, при хронической язве полное выздоровление возможно при отсутствии рецидивов в течение 5 лет.

#### Профилактика

##### первичная

заключается в раннем выявлении и лечении хронических гастритов, устранении факторов риска развития заболевания.

##### Вторичная

профилактика состоит в лечении обострений и рецидивов болезни, круглогодичном диспансерном наблюдении и лечении в осенний и весенний периоды.

Рак желудка. Относится к самым частым формам онкологических заболеваний, составляет 40 % от общего числа злокачественных образований. Точные факторы развития рака желудка не известны. Факторы риска аналогичны хроническому гастриту, язвенной болезни. Значение имеют радиоактивное облучение, онкологические вирусы. Рак желудка зачастую развивается на фоне хронического атрофического гастрита и относится к поздним его осложнениям.

#### Для

##### ранней

стадии характерен симптомокомплекс малых признаков: немотивированная слабость, апатия, быстрая утомляемость, снижение аппетита, отвращение к мясной пище, неприятный вкус во рту, частая отрыжка тухлым яйцом, ощущение тяжести в эпигастрии, беспричинное похудание. Стадия

явных клинических проявлений

характеризуется болями в эпигастральной области ноющего, сосущего характера вне связи с приемом пищи, отсутствие аппетита (в редких случаях – повышение аппетита), прогрессирующее похудание, прогрессирующая дисфагия, тошнота, рвота с кровью, быстрое насыщение, хронические желудочные кровотечения, анемия, длительная лихорадка, усиление слюноотделения, икота. Цвет кожных покровов бледно-землистый, отмечаются болезненность и ригидность мышц передней брюшной стенки в эпигастрии, возможно пальпирование опухоли. В терминальную стадию появляются сильные изнуряющие боли в эпигастрии, правом подреберье (метастазы в печень), спине (метастазы в поджелудочную железу), в костях, полное отсутствие аппетита, тошнота, резкая слабость, похудание до кахексии, лихорадка. Кожа землистого цвета, сухая, асцит.

#### Ведение больных:

за пациентами устанавливаются наблюдение и уход медицинской сестры. Показано раннее хирургическое вмешательство.

Прогноз определяется стадией процесса, средняя продолжительность жизни без лечения около 9—14 месяцев.

Профилактика направлена на организацию рационального питания, борьбу с курением, алкоголизмом. Необходимо следить за соблюдением условий работы с радиоактивными веществами. Должны организовываться диспансерное наблюдение за больными с хроническим гастритом, язвами желудка, своевременное их лечение.

Функциональные расстройства кишечника. К этой группе заболеваний чаще относятся расстройства толстой кишки функционального характера с расстройством моторной и секреторной функций, без необратимых структурных изменений. Функциональные расстройства тонкой кишки встречаются намного реже (до 10 % наблюдений). В развитии расстройств имеют значение алиментарный фактор (снижение содержания в пище растительных волокон), дисбактериоз (изменение соотношения нормальных форм кишечной флоры), энзимопатия (недостаточная выработка кишечных ферментов), пищевая аллергия (непереносимость отдельных пищевых продуктов), сопутствующие заболевания желудочно-кишечного тракта (пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки, печени, желчного пузыря), других органов и систем, нервно-эмоциональные напряжения, стрессы, злоупотребление слабительными средствами, генетическая предрасположенность.

#### Синдром раздраженного кишечника

Синдром раздраженного кишечника проявляется болью от небольшого дискомфорта до приступов кишечной колики, напоминающей «острый живот».

Боль может продолжаться от нескольких минут до нескольких часов, имеет давящий, распирающий, схваткообразный характер, локализуется в эпигастрии, чаще слева. Спастическая боль интенсивнее, имеет характер колики. Метеоризм сопровождается громким урчанием динамического характера, связан с усилением газообразования, может быть психогенным. Отмечаются головная боль, сердцебиение, боли в грудной клетке, кожный зуд, учащенное мочеиспускание, гипергидроз. Может быть прибавка массы тела. Стул с наклоном к запорам, может чередоваться с поносами.

Возможны психические изменения: немногословие, скованность в движениях.

### Бродильная диспепсия

Бродильная диспепсия – это заболевание, для которого характерны: вздутие живота, урчание, кишечный дискомфорт, боли в животе, стихающие после отхождения газов, поносы нечастые, до 5 раз в день; ухудшение после приема легкоусвояемых углеводов.

### Гнилостная диспепсия:

кашицеобразный темно-коричневый кал с гнилостным запахом, резко увеличено содержание аммиака в суточном количестве кала.

### Запор:

хроническая задержка дефекации более чем на 48 часов либо несколько дефекаций в день незначительным количеством кала без чувства полного опорожнения кишечника. Отмечаются болевой, диспепсический, астеновегетативный и психоневрологический синдромы, синдром трофологических нарушений.

### Функциональная диарея:

наличие беспричинного жидкого стула 2–4 раза в день, преимущественно в утренние часы, иногда с примесью слизи и остатков непереваренной пищи, отсутствие диареи в ночное время. Заболевание протекает хронически, больше 2–4 недель, может быть рецидивирующим.

### Прокталгия преходящая:

характеризуется приступами сильных болей в промежности и по ходу прямой кишки; боли возникают внезапно, чаще ночью, через несколько часов после засыпания, сохраняются в течение 20–30 минут, внезапно прекращаются; локализация постоянная – выше ануса, развивается депрессивное состояние.

### Мегаколон:

удлиненная и расширенная толстая кишка (болезнь Гиршпрунга). Основным симптомом является запор из-за спастического состояния и дискинезии прямой кишки или в области перехода ее в сигмовидную из-за отсутствия в этих отделах интрамуральных ганглиев.

### Спазм анального сфинктера:

спастическая дискинезия, характеризующаяся приступами сильных болей в анусе, боли возникают неожиданно, внезапно прекращаются, не сопровождаются нарушением

стула, тенезмами, парестезиями. Из-за ожидания болей развивается депрессивное состояние.

#### Ведение больных:

необходимо назначение строгой диеты.

Исключаются продукты, которые плохо переносятся. Необходимо проведение психотерапии.

Используются

минеральные воды

высокой минерализации (вода должна быть подогрета до 40 °С),

санаторно-курортное

лечение. Возможно применение

игло-рефлексотерапии

– 4–5 курсов по 10–15 процедур, интервалы между курсами 2–3 недели.

Медикаментозное

лечение: назначаются спазмолитики (гастроцепин, дицетел, метеоспазмил, дебридат, но-шпа, папаверин, бускопан, спазмомен), β-адреноблокаторы (нормализуют моторику кишечника), антагонисты кальция (нифедипин), транквилизаторы, антидепрессанты, нейролептики. При запоре используются диета № 3 с повышенным содержанием стимуляторов опорожнения кишечника, шипучие суппозитории, физиотерапия (фарадизация живота, гальванические токи, диатермия), лечебная физкультура, минеральные воды в холодном виде, слабительные только при упорных запорах (пурсенил, сеннапур, сенайд), отвары и настои трав (лист сенны, кора крушины, плоды тмина и др.). При появлении жидкого стула назначается имодиум (антидиарейный препарат) не более 16 мг в сутки.

Прогноз при заболевании без развития осложнений благоприятный.

Профилактика включает рациональное питание, лечение заболеваний органов пищеварения, психологическую реабилитацию, проведение противорецидивного лечения.

Хронический энтероколит представляет собой воспалительно-дистрофический и атрофический процесс в слизистой оболочке тонкой и толстой кишок с периодическими или постоянными нарушениями функций органа. Вызывается бактериальными токсинами, желчными кислотами, токсическими веществами и лекарственными препаратами (нестероидными противовоспалительными средствами, цитостатиками, антибиотиками, слабительными из группы антрагликозидов). Нарушения питания, наследственные конституционные факторы, длительные запоры, ионизирующее излучение, заболевания желудочно-кишечного тракта также могут приводить к развитию заболевания.

В клинической практике сложно различать нарушения работы только тонкой или толстой кишки.

#### При

##### хроническом энтерите

отмечаются вздутие живота (метеоризм), неприятные ощущения, боли в области пупка, урчание, нарушение стула (кашицеобразный), появляется непереносимость молока. Кал светло-желтого цвета, почти без запаха, содержит много жирных кислот. Развиваются трофические нарушения – снижение массы тела, остеопороз, ломкость ногтей, выпадение волос, истончение кожи, анемия, невротическое состояние. Стул обильный (полифекалия), не очень частый, светло-желтого цвета. Появляются резкая слабость, позывы к дефекации после еды, дефекация сопровождается холодным потом,

дрожанием рук (характерно для болезни Менетрие, спруцелиакии, болезни Крона, туберкулеза, болезни Уиппла, радиационного энтерита, лимфомы кишечника).

При

хроническом колите

развиваются схваткообразные боли в животе с локализацией в подвздошной области, могут быть боли около пупка (при поражении поперечно-ободочной кишки). Кал фрагментированный, окутанный слизью, нет непереваренных остатков пищи. Возникают вздутие живота, чередование поносов и запоров, ложные позывы, повышение температуры тела, похудание.

Болезнь Крона:

появляются резкая боль в правой подвздошной области, рвота, поносы, высокая температура тела, что напоминает острый аппендицит. Для хронического течения характерны боли в животе, поносы с наличием слизи и гноя, метеоризм, похудание, субфебрилитет. При пальпации отмечается болезненность над зоной поражения. Появляются артриты, ириты, узловая эритема, анемия, нейтрофильный лейкоцитоз, наблюдаются повышение СОЭ, гипопропротеинемия.

Неспецифический язвенный колит:

боли в животе, учащенный жидкий стул с примесью кровяной слизи, гноя или чистой крови, частые ложные позывы на стул, лихорадочное состояние, слабость, недомогание, бледность, болезненность по ходу толстой кишки. Пальцы принимают вид барабанных палочек.

Ведение больных:

показаны

диеты

№ 4, 4а, 4б, содержащие белок, легкоусвояемые жиры, углеводы, при ферментопатиях используются элиминационные диеты:

- при лактозной недостаточности исключаются молоко и кисломолочные продукты;
- при глютеновой энтеропатии исключаются продукты из зерен пшеницы, ржи, овса, ячменя.

Медикаментозная

терапия: назначаются антисептики, которые воздействуют на микрофлору, включая и штаммы-мутанты (интетрикс, эрсефурил, фуроксазид), эубиотики, препараты нитрофуранового ряда (фуразолидон), вяжущие средства (смекта, препараты висмута, полифепан, билигнин; энтеросгель и др.). Проводятся коррекция метаболических нарушений (парентеральное введение электролитных смесей, белковых препаратов, жирорастворимых витаминов А, D, К, препаратов кальция), коррекция дефицита панкреатических ферментов (назначаются креон, панзинорм, мексаза). Для восстановления микроэкологии кишечника назначают следующие препараты:

пробиотики – энтерол, бифидумбактерин, лактобактерин, бификол, апилак, нарине, просим-биофлор, симбиофлор-1, симбиофлор-2; пребиотики – яблочный, свекловичный уксусы, содержащие пектин. В фазе ремиссии показано физиотерапевтическое лечение.

При синдроме мальабсорбции назначаются витамины, микроэлементы, ферментные препараты (креон, панцитрат, панзинорм и др.), при тяжелом течении – глюкокортикоиды короткими курсами (20–40 мг в день) 1,5–2 месяца.

Если энтерит лекарственной этиологии, то исключаются провоцирующие препараты.

При болезни Крона назначаются холинолитические средства (атропина сульфат, платифиллин), обволакивающие и вяжущие средства, ферменты (панкреатин, фестал, креон), препараты железа при анемии, витамины С, В

6  
, В  
12

, фолиевая кислота, переливание плазмы, альбумина, белковых гидролизатов, антисептики, фуразолидон. Хирургическое лечение показано при отсутствии эффекта от терапии и развитии осложнений.

При неспецифическом язвенном колите показаны противогистаминные препараты (супрастин, димедрол), поливитамины, антисептики, глюкокортикоиды. При отсутствии эффекта от терапии, развитии осложнений проводится хирургическое лечение.

При спруцелиакии необходимо соблюдение специальной диеты, включающей употребление риса, гречки, кукурузы, картофеля, мяса, творога, бобовых, витаминов. В питании ограничивают жир, исключают молоко и молочные продукты. В лечении применяют глюкокортикоиды, 20–40 мг в сутки, ферментные препараты, желчегонные средства, пребиотики и пробиотики, антисептики, витамины В

1  
, В  
2  
, В  
6  
, В  
12

, фолиевую, аскорбиновую и никотиновую кислоты, при дефиците железа назначаются ферроплекс, глюконат кальция, хлорид калия.

В профилактике заболеваний показаны лечение острых инфекций желудочно-кишечного тракта, исключение интоксикаций, правильное регулярное питание, достаточное поступление витаминов.

Хронический панкреатит характеризуется хроническим воспалительным процессом продолжительностью более 6 месяцев, сопровождающимся разрушением экзокринной паренхимы, фиброзом и облигатной деструкцией эндокринного аппарата поджелудочной железы на поздних стадиях заболевания. Выявляется в среднем и пожилом возрасте, чаще у женщин.

Имеются первичные и вторичные факторы развития хронического панкреатита:

первичные

факторы – это хронический алкоголизм, алиментарные нарушения (бессимптомное, нерегулярное, избыточное питание), токсическое воздействие лекарственных средств (гормонов, цитостатиков, мочегонных средств, антибиотиков, сульфаниламидов, нитрофуранов), хронические интоксикации (свинцом, ртутью, фосфором, мышьяком), инфекция, вирусы (гепатита В, Коксаки, паротита, инфекционного мононуклеоза), аллергия, паразитарные инвазии (печеночная двуустка), муковисцидоз, ожоговая, лучевая болезни. Ко



вторичным

факторам относятся последствия острого панкреатита, заболевания желчевыводящих путей (холецистит, желчнокаменная болезнь, холангит, стеноз или недостаточность сфинктера Одди, сфинктерит, папиллит, воспалительный отек большого соска Фатера, постхолецистэктомический синдром), заболевания желудка (пенетрирующие язвы желудка и двенадцатиперстной кишки), сосудистые изменения (связаны с атеросклеротическим процессом в ветвях брюшного отдела аорты), гиперкальциемия (заболевания паращитовидных желез), хирургическая травма. Формируются препятствия оттоку секрета из протока поджелудочной железы. Происходят задержка выделения и внутриорганный активизация панкреатических ферментов (трипсина, липазы), жировой некроз ткани поджелудочной железы, склероз и рубцовое сморщивание железы, развитие экзокринной и эндокринной недостаточности (при локализации процесса в области тела и хвоста поджелудочной железы).

Основные симптомы характеризуются появлением резкой боли. Различают боль «сфинктерную»

, возникающую внезапно, из-за спазма сфинктера Одди и растяжения общего желчного протоков.

«Капсульная»

боль развивается постепенно и связана с растяжением капсулы железы. Локализация боли зависит от расположения очага поражения: опоясывающая, иррадиирующая в спину, область сердца, левую лопатку, левое плечо, левую подвздошную область.

Возможно появление тошноты, отрыжки воздухом и пищей, рвоты. Иногда наблюдаются полная потеря аппетита, отвращение к жирной пище. При присоединении сахарного диабета могут ощущаться сильные голод и жажда. Отмечаются повышенное слюноотделение, метеоризм, урчание в животе, склонность к поносам или чередование поносов и запоров. Возможно появление

«панкреатических»

поносов – зловонная полифекалия с жирным блеском. Отмечаются общая слабость, утомляемость, адинамия, нарушение сна, похудание. При обострении возможно появление субфебрилитета. Язык обложен грязным налетом, на коже груди, живота и спины могут быть мелкие ярко-красные пятна, не исчезающие при надавливании (симптом «красных капелек»), сухость, шелушение кожи. Течение длительное, прогрессирующее.

Ведение больных:

в фазе

обострения.

Назначается режим постельный, диета. Голод назначается на 3 суток с приемом до 1,5 л в сутки щелочной минеральной воды с последующим введением сладкого чая, сухарей, рисового отвара. Расширение рациона проводится за счет белковых продуктов: нежирного мяса, кефира, картофеля, белкового хлеба. При тяжелых обострениях в первые дни показано парентеральное питание с введением не менее 3 л жидкости в сутки. Должны проводиться угнетение желудочной и панкреатической секреции, отсасывание желудочного сока, купирование болевого синдрома. Антибактериальные средства применяются для предупреждения гнойных осложнений. Проводится снижение избыточного бактериального роста в кишечнике. Используются антиферментная терапия, антигистаминные препараты (для ликвидации повышенной проницаемости сосудов и аллергии). Осуществляется форсированный диурез для устранения ферментной токсемии. Назначаются лазикс, маннитол с последующей инфузией электролитов, гемодез.

В фазе  
ремиссии.

Из диеты исключаются алкоголь, жирная, острая, пряная пища, копчености, крепкий чай, кофе, консервы, соленья, маринады. Количество жиров составляет до 50 г в сутки. Питание 6–8 раз в сутки, небольшими порциями, в строго определенное время. Показаны нежирные сорта мяса (постная говядина, телятина, курица, кролик), нежирная морская или речная рыба, творог, сыр, кисломолочные продукты. Используется оливковое масло, употребляются пищевые отруби. Ограничиваются углеводы, особенно легкоусвояемые (сахар, конфеты, сдоба, варенье), исключаются животные жиры. Для улучшения процесса пищеварения панкреатические ферменты назначаются с осторожностью (после исследования ферментативной активности желудочного сока).

Проводятся коррекция экзокринной недостаточности введением аминокислотных смесей (таких, как альвезин, мориамин, аминон), витаминотерапия жирорастворимыми витаминами А и Е, а также витаминами С, В

1

, Вт внутримышечно. Для устранения анемии применяют препараты железа, при резком снижении массы тела показаны анаболические гормоны. Возможно применение иммуномодуляторов растительного происхождения (женьшень, лимонника, родиолы розовой, заманихи). Из физиотерапевтических воздействий показаны магнитотерапия, индуктотермия, иглорефлексотерапия. Санаторно-курортное лечение рекомендуется в Железноводске, Ессентуках, Моршине.

Полное выздоровление наступает при отсутствии обострений в течение 5 лет.

Профилактика заключается в организации рационального и сбалансированного питания с ограничением жиров до 50 г в сутки, переходом на растительные масла, ограничением общего калоража, белков, легкоусвояемых углеводов, исключением алкоголя, лечением сопутствующих заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Хронический гепатит. При данном заболевании отмечается диффузный воспалительно-дистрофический процесс в печени, длящийся более 6 месяцев с сохранением дольковой структуры органа. В развитии заболевания имеют значение алкоголь (35 %), вирусный гепатит С (34 %), вирусный гепатит В (9 %), вирусный гепатит Д (6 %). Хронический гепатит неустановленной причины (криптогенный) встречается в 11 %, метаболический хронический гепатит – в 4 %, аутоиммунный хронический гепатит – в 1 %. В печени происходит длительное сохранение вируса – его репликация и интеграция вируса в гепатоциты. Гепатоциты приобретают свойства чужеродности – антигенности. Развивается хронический воспалительно-дистрофический процесс. В патологический процесс включаются иммунные механизмы удаления поврежденных гепатоцитов – последовательная активация неспецифического, затем гуморального и клеточного звеньев иммунного ответа. Постепенно происходит замещение поврежденных гепатоцитов соединительной тканью. Основными клиническими формами являются хронический персистирующий гепатит, хронический агрессивный гепатит (с обострениями, непрерывно рецидивирующий или люпоидный).

При

хроническом персистирующем

гепатите выражены болевой синдром (умеренные боли в правом подреберье) и синдром умеренной гепатомегалии. К хроническому персистирующему гепатиту относятся вирусный гепатит С со стойкой продолжительной ремиссией, токсический и алкогольный гепатиты.

### Непрерывно рецидивирующий (люпоидный)

гепатит чаще отмечается у женщин. Он протекает с проявлениями лихорадки, артралгиями, болями в животе, кожными высыпаниями, легочными васкулитами, плевритом, кожным зудом, желтухой, генерализованной пигментацией кожи.

При хроническом агрессивном гепатите выражены все синдромы, кроме болевого. К нему относятся вирусные гепатиты В, Д, протекающие с обострениями или непрерывно рецидивирующие. Хронические вирусные гепатиты В, Д в 30–50 % случаев переходят в цирроз печени. Хронический вирусный гепатит С в 20–30 % случаев переходит в цирроз печени, в остальных случаях отмечается стабилизация процесса. Аутоиммунный гепатит в 80–90 % случаев переходит в цирроз печени.

### Ведение больных:

больным назначается полупостельный режим, проводится ограничение физических нагрузок.

#### Диета

должна содержать достаточное количество витаминов группы В, аскорбиновой кислоты, белка, жидкости. При наличии энцефалопатии и асцита назначается диета № 5, содержащая 100–120 г белков, 80–100 г жиров, 400–500 г углеводов. Важно воздерживаться от употребления алкоголя и приема лекарств, ухудшающих функцию печени.

#### Медикаментозная

терапия: проводятся дезинтоксикационная терапия (назначаются глюкоза 5 % 200 мл, гемодез), противовирусная терапия. Назначаются средства, нормализующие работу желудочно-кишечного тракта, процессы гидролиза и всасывания, препятствующие дисбактериозу. Используются антибиотики, не всасывающиеся и не оказывающие гепатотоксического действия, эубиотики (лактобактерин, бифидумбактерин, бификол), панкреатин, мезим-форте, гепатопротекторы (легалон, карсил), цитохром С и др.

Профилактика заключается в предупреждении, своевременном выявлении и лечении острого гепатита, профилактике алкоголизма, предупреждении производственных и бытовых интоксикаций гепатотропными веществами.

Цирроз печени представляет собой хроническое прогрессирующее заболевание, характеризующееся поражением паренхимы и стромы органа с развитием диффузной перестройки дольчатой структуры и сосудистой системы печени. В развитии заболевания принимают участие те же факторы, что и при хроническом гепатите.

Основные симптомы при циррозе печени разделяются на ранние проявления и поздние проявления. К

#### ранним

проявлениям относятся общая слабость, диспепсические расстройства (чувство дискомфорта в правом подреберье, метеоризм, запоры, поносы), анорексия, похудание, боли в суставах.

#### Поздние

проявления: выпадение волос, кровоточивость десен, геморрагии, кровотечения из вен пищевода, геморрой, желтуха, кожный зуд. Цвет кожи грязно-серый. Наблюдаются увеличение и отек живота (асцит), отек ног, малиновый («лакированный»)

язык, красные блестящие губы, сосудистые звездочки, пальмарная эритема, контрактура Дюпюитрена, белые ногти, пальцы в виде барабанных палочек,

гинекомастия, исчезновение волос на животе, ксантоматозные бляшки на коже. Увеличение печени отмечается у 90 % больных, увеличение селезенки отмечается при наличии портальной гипертензии. Течение зависит от формы цирроза печени, степени активности и осложнений. При компенсированном циррозе печени клинические и лабораторные изменения незначительные. При декомпенсированном циррозе печени отмечаются выраженная клиническая симптоматика, осложнения течения заболевания.

Прогноз неблагоприятный, средняя продолжительность жизни составляет 3–6 лет, в редких случаях – 10 лет и более. Женщины живут дольше, чем мужчины. Основными причинами смерти больных циррозом печени являются печеночная недостаточность, желудочно-кишечное кровотечение, гепатоцеллюлярная карцинома, инфекции.

Ведение больных:  
диета

– питание должно быть разнообразным, высококалорийным с достаточным содержанием полноценного белка (до 200 г в день). При асците и задержке жидкости ограничивается поваренная соль.

При компенсированном циррозе печени рекомендуется ведение активного образа жизни. Проводится регулярное диспансерное наблюдение. Специальной диеты не существует, рекомендуется воздержание от алкоголя. Проводится ограничение количества применяемых лекарственных препаратов, поскольку они сами могут привести к поражению печени, сохраняются только абсолютно необходимые препараты.

При гипокалиемии в рацион включаются фрукты, богатые калием (бананы, сухофрукты), таблетированные препараты калия (оротат калия).

При гипонатриемии ограничивается прием жидкости (поскольку при этом всегда имеется асцит).

При декомпенсированном циррозе печени госпитализация проводится по показаниям.

Проводится лечение развившихся осложнений цирроза – от диеты до хирургических вмешательств. Назначаются белковые гидролизаты (альбумин), глюкокортикоиды в умеренных дозах. При наличии показаний проводится удаление селезенки.

В профилактике имеют значение своевременное лечение острых и хронических вирусных гепатитов, исключение воздействия гепатотоксических ядов, снижение количества употребляемых лекарственных средств, профилактика алкоголизма, диспансерное наблюдение (2–3 раза в год), лечение обострений хронического гепатита.

Хронический холецистит представляет собой периодически повторяющееся воспаление слизистой желчного пузыря. В 75–79 % случаев хронический холецистит протекает на фоне желчнокаменной болезни, в 5–25 % случаев – при отсутствии камней в желчном пузыре. Основные проявления связаны с появлением

периодической  
(через 40–90 минут после еды) или  
постоянной

боли в области правого подреберья тупого, ноющего характера. Боль может иррадиировать в правое плечо, шею, лопатку, за грудину. Характер боли спастический. Боль провоцируется приемом жирной, жареной и острой пищи, яиц, сотрясением организма. При гипомоторной дискинезии боли длительные, постоянные, тупые, часто ощущаются как состояние тяжести, неловкости в правом подреберье. Отмечаются тошнота, рвота, отрыжка воздухом и пищей, метеоризм, запоры, возможны поносы. Возникает ощущение горечи во рту, повышается температура тела, отмечаются раздражительность, бессонница. Язык часто обложенный. При пальпации и поколачивании в области желчного пузыря (особенно на вдохе) возможна болезненность. Течение длительное, прогрессирующее, с периодами обострений и ремиссий.

#### Ведение больных:

пациенты вне периода обострения должны двигаться, совершать физические упражнения и пешеходные прогулки, что также способствует опорожнению желчного пузыря. Вне обострений может быть рекомендовано санаторно-курортное лечение (в Джалал-Абаде, Эссентуках, Железноводске, Карловых Варах).

В период обострения показана госпитализация.

Назначается диета

– стол № 5 с увеличением количества растительных жиров до 50 %, липотропных продуктов (творога, овсяной крупы), продуктов с высоким содержанием витаминов группы В, ограничением грубых жиров, жареного мяса, острых блюд, солений, маринадов, яичного желтка, пива, вина, шампанского, орехов, кремов, сдобных продуктов, холодной пищи. Больной должен находиться на дробном питании, ему дается небольшое количество пищи примерно каждые 4 часа. Выпивать жидкости он должен 6–8 стаканов в день. Дробное питание способствует своевременному опорожнению желчного пузыря.

Минеральные воды принимаются в подогретом виде по

3

/

4

стакана 3 раза в день за 1 час до еды.

Лекарственные

средства: антибиотики, сульфаниламиды, нитрофураны или салициловые препараты. Антибиотики применяются в высоких дозах, широкого спектра действия, внутрь 10–15 дней не менее 4 раз в сутки. Возможно использование спазмолитиков, анальгетиков (для устранения болевого синдрома), желчегонных препаратов (для улучшения оттока желчи). При гипомоторной дискинезии назначаются пантокрин по 20–40 капель, холекинетики – магния сульфат, сорбит, ксилит в виде тюбажей 2–3 раза в неделю, пентагастрин, препараты метоклопрамида (реглан, церукал).

При гипермоторной дискинезии назначаются но-шпа, папаверин, холеретики (аллохол, холензим), селективный блокатор М

1

-холинергических рецепторов (гастроцепин), желчегонные препараты растительного происхождения, синтетические желчегонные (циквалон, никодин). Для улучшения образования желчных кислот используются урофальк, хенофальк. Возможно использование ферментных препаратов, содержащих желчь (фестала, дигестала). Физиотерапевтическое

лечение проводится при стихании воспалительных явлений (диатермия, УВЧ, индуктотермия), при безуспешности консервативного лечения показана холецистэктомия.

Прогноз при отсутствии камней в желчном пузыре благоприятный.

Профилактика предусматривает соблюдение режима питания, предупреждение ожирения, лечение очаговых инфекций.

Заболевания почек

Основные симптомы при заболеваниях почек

Основные признаки болезней почек связаны с изменением процесса отделения мочи, что проявляется разнообразными симптомами.

Процесс образования и выделения мочи называется диурезом.

Общее количество мочи, выделяемое человеком в течение суток (суточный диурез), колеблется в пределах от 1000 до 1800 мл. Количество мочи может уменьшаться или увеличиваться в зависимости от физиологических условий, наличия заболеваний.

Уменьшение выделения мочи менее 500 мл в сутки называется олигоурией.

Оно может встречаться при повышенном потоотделении, уменьшении потребления жидкости, в период появления и нарастания отеков у больных с сердечной недостаточностью, при остром воспалении клубочков почек (остром гломерулонефрите), отравлении нефротоксическими ядами.

Полное прекращение поступления мочи в мочевой пузырь называется анурией. Такое состояние встречается при шоке, тяжелой травме, отравлении солями тяжелых металлов, нарушении оттока мочи из почечных лоханок и мочеточников (вследствие сдавления мочеточника опухолью или обтурации их просвета камнем). При отсутствии своевременной помощи оно приводит к быстрой интоксикации организма продуктами азотистого обмена и смерти больного.

От анурии необходимо отличать

ишурию

– задержку мочи в связи с невозможностью опорожнения мочевого пузыря.

Увеличение суточного диуреза (иногда до 20 л и более в сутки) называется полиурией.

Полиурия иногда может возникнуть при приеме большого количества жидкости, лечении мочегонными препаратами, сахарном и несахарном диабете.

Учащенное мочеиспускание (свыше 6 раз в сутки) называется поллакиурией

и встречается чаще всего при воспалении мочевого пузыря (цистите) и предстательной железы (простатите), аденоме предстательной железы, а также при заболеваниях, сопровождающихся полиурией. Поллакиурия при острых циститах нередко сочетается с

болезненным мочеиспусканием (странгурией).

Болезненные, учащенные и затрудненные мочеиспускания называются дизурическими расстройствами.

К нарушению диуреза относится также недержание мочи, которое может быть выражено в течение всего дня или же только ночью (энурез).

В нормальных условиях 60–80 % суточного количества мочи выделяется днем (в период с 8 до 20 часов). При некоторых заболеваниях (хронической сердечной недостаточности) большая часть суточного диуреза может приходиться на ночные часы за счет улучшения функции почек и сердца при горизонтальном положении больного. Учащенное мочеиспускание ночью называется никтурией.

У больных с заболеваниями почек может изменяться

цвет мочи,

например, при остром гломерулонефрите моча приобретает цвет мясных помоев, могут появляться

отеки  
на лице,

особенно под глазами  
– ранний признак заболеваний почек, нижних конечностях.

Возможны

повышение артериального давления,

развитие

энцефалопатии

с судорогами и нарушением сознания,  
снижением зрения.

Сестринский уход за больными с заболеваниями почек  
Медицинская сестра должна внимательно следить за состоянием больного.

При остром и хроническом нефрите назначается диета

– стол № 7. При остром нефрите в тяжелой форме и нефрите средней тяжести, хроническом нефрите при резко выраженной почечной недостаточности назначается стол № 7а для улучшения выведения из организма продуктов обмена веществ,

уменьшения гипертензии и отеков. Это преимущественно растительная бессолевая диета с резким ограничением белков, количество жиров и углеводов снижено умеренно. Исключаются продукты, богатые экстрактивными веществами, эфирными маслами, щавелевой кислотой. Продукты отваривают, запекают, легко обжаривают. Пищу готовят без соли. Свободная жидкость равна суточному диурезу. Энергетическая ценность составляет 2100–2200 ккал. Режим питания – 5–6 раз в сутки.

После диеты № 7а при этих же заболеваниях, при умеренно выраженной недостаточности почек назначается стол № 7б – это диета со значительным уменьшением белка и резким ограничением поваренной соли. Жиры и углеводы назначаются в пределах физиологической нормы. Пищу готовят без соли. Сравнительно с диетой № 7а в 2 раза увеличивается количество белка, в основном за счет включения мяса и рыбы (до 125 г), яиц (1 штука), молока и сметаны (до 120 г). Мясо и рыбу можно заменить тем же количеством творога. Картофель, овощи, сахар и растительное масло обеспечивают должное содержание жиров и углеводов. Свободная жидкость равна суточному количеству мочи. Энергетическая ценность составляет 2600–2800 ккал. Режим питания – 5–6 раз в сутки. При наступлении периода выздоровления, а также при стойкой ремиссии и отсутствии у пациента признаков недостаточности назначается стол № 7. В диете несколько ограничивается содержание белков, жиры и углеводы назначаются в пределах физиологических норм, пищу готовят без поваренной соли. Соль выдают больному только для подсаливания уже готовых блюд (не более 3–6 г). Количество свободной жидкости уменьшено в среднем до 1 л. Ограничивают потребление мяса, рыбы и грибов (до 100–150 г) как источников экстрактивных веществ, щавелевой кислоты и эфирных масел. Употребляют их только в отварном виде. Пищу принимают теплой. Энергетическая ценность составляет 2700–2900 ккал. Режим питания – 4–5 раз в сутки.

Среди больных с заболеваниями почек немало пожилых людей, что требует

строгого соблюдения общего ухода,

поскольку неопрятность может вызывать ухудшение состояния. Необходимо ежедневно следить за количеством и окраской отделяемой мочи, ритмом мочеотделения, частотой позывов на мочеиспускание, задержкой мочеиспускания, ложными позывами или непроизвольным мочеотделением, появлением и характером развития болей. При задержке мочеиспускания по рекомендации врача можно поставить теплую грелку на низ живота, над лоном, очистительную клизму, полезно переменить положение больного. Можно открыть кран с водой, поскольку это помогает восстановить рефлекс мочеиспускания.

В остром периоде болезни, при развитии недостаточности почек медицинская сестра должна

следить за суточным диурезом больного.

Необходимо контролировать режим дня больного, ограждать его от переохлаждений и физических нагрузок. Категорически запрещается употребление спиртных напитков. У больных с хроническими заболеваниями почек возможно появление резкой головной боли, сонливости, подергивания отдельных групп мышц, тошноты, рвоты. Это должно настораживать медицинскую сестру, о чем она незамедлительно обязана сообщать врачу. Больному с почечной недостаточностью медицинская сестра

ставит очистительные клизмы, проводит промывание желудка.



Диффузный гломерулонефрит представляет собой иммуноопосредованное воспаление с преимущественным поражением клубочков и вовлечением в патологический процесс всех почечных структур. Клинически проявляется почечными и (или) внепочечными симптомами, приводящими к образованию вторично сморщенной почки и смерти от хронической почечной недостаточности. Диффузный гломерулонефрит подразделяется на острый и хронический.

Факторы, приводящие к развитию заболевания, подразделяются на экзогенные и эндогенные. Основным фактором риска является переохлаждение. К экзогенным

факторам относятся  $\beta$ -гемолитический стрептококк группы А, стафилококки, бычья коринебактерия, энтерококки, тифозная сальмонелла, бледная трепонема, диплококки, вирусы (цитомегаловирус, вирусы простого герпеса, гепатита В, Эпштейна—Барра), грибы, паразиты (малярийный плазмодий, шистосома, токсоплазма), лекарства, яды, чужеродная сыворотка. Эндогенные факторы – это антиген ядерной, щеточной каймы, тиреоглобулин, иммуноглобулины, опухолевый и эмбриональный антигены, карциноматозный антиген.

Заболевание может протекать в развернутой (циклической) и моносимптомной или латентной форме.

Циклическая

форма никогда не начинается на высоте инфекции, а возникает спустя 14–25 дней после излечения от нее. Начало острое. Появляются слабость, отечность (в основном лица), головная боль, снижение диуреза. Моча становится цвета мясных помоев, отмечаются боли в пояснице. Развивается артериальная гипертония (систолическое АД не превышает 180 мм рт. ст., диастолическое АД – 120 мм рт. ст.), тахикардия, могут быть признаки острой сердечной недостаточности (левожелудочковой) – одышка, кашель, приступы сердечной астмы. В моче определяются белок, цилиндры, кровь (макро-и микрогематурия).

Латентная

форма имеет постепенное начало, без субъективных проявлений. Возможны небольшая одышка, головные боли или отеки на ногах. Длительность состояния до 2–6 месяцев и более. Часто обнаруживается случайно, при проведении диспансеризации. Возможно длительное сохранение работоспособности без признаков заболевания (до 10–20 лет). Имеются низкий удельный вес мочи, никтурия. Возможны повышение артериального давления, развитие гипопропротеинемии, гиперхолестеринемии, повышение СОЭ. При гипертонической

форме длительное время ведущим и единственным симптомом является артериальная гипертония. При нефротической

форме появляются трофические изменения – сухость кожи, снижение ее эластичности, гипотрофия мышц. Развиваются отеки из-за снижения онкотического давления, вначале незначительные по утрам под глазами, на лодыжках, затем постоянные с переходом на туловище. Могут появиться гематурия, снижение фильтрационной функции почек.

Артериальное давление не повышается. При

смешанной

форме отмечается выраженность отеков, мочевого синдрома, артериальной гипертонии. Течение болезни

прогрессирующее

(почечная недостаточность развивается в течение 2–5 лет).

При злокачественной (подострой) форме отмечаются быстрое и стойкое снижение функции почек, нарастающие изменения глазного дна.  
Терминальная форма относится к стадии почечной декомпенсации, связана с недостаточностью азотовыделительной функции.

При остром гломерулонефрите при своевременном лечении наступает полное выздоровление или выздоровление с сохраняющейся протеинурией. При хроническом гломерулонефрите течение заболевания связано с его формой. В основном течение прогрессирующее, с развитием хронической почечной недостаточности.

#### Ведение больных:

больные с острым гломерулонефритом подлежат обязательной госпитализации.

В стационаре проводится назначение диеты и режима.

При достаточной функции почек в период выраженного воспалительного процесса белки ограничиваются в пределах 1 г/кг массы тела, при развитии артериальной гипертензии ограничивается соль, при отеках – соль и вода.

Медикаментозное

лечение: назначаются глюкокортикоиды, оказывающие иммунодепрессивное, противовоспалительное и десенсибилизирующее действие. Назначаются цитостатики (при длительном процессе, высоком артериальном давлении, начальных признаках почечной недостаточности, при неэффективности гормонотерапии), антикоагулянты и антиагреганты (гепарин, курантил), нестероидные противовоспалительные средства (метиндол). Для снижения артериального давления используются блокаторы кальциевых каналов, ингибиторы АПФ. Используются гипотензивные, мочегонные средства, соли кальция, сердечные гликозиды, десенсибилизирующие средства, большие дозы витамина С. При отсутствии эффекта от лечения, нарастании почечной недостаточности проводятся программный гемодиализ, плазмаферез.

Прогноз при остром гломерулонефрите благоприятный (летальность составляет 2 %). При хроническом гломерулонефрите прогноз благоприятный при латентной форме, неблагоприятный – при других формах.

Первичная

профилактика состоит в санации очагов инфекции, их адекватном лечении, проведении только целесообразной вакцинации.

Вторичная

профилактика включает диспансерное наблюдение, лечение осложнений и обострений, рациональное трудоустройство.

Хронический пиелонефрит. Заболевание, при котором развивается воспалительный процесс с вовлечением почечных лоханок, чашечек и почечной паренхимы и преимущественным поражением интерстициальной ткани. Причины заболевания: «старый» очаг воспалительного процесса в мочевых путях, цистит, пиелит. Хронизация

процесса нередко является следствием неизлеченного острого пиелонефрита. Хронический пиелонефрит может протекать в гипертонической, азотемической, латентной формах. Основные проявления заболевания могут выявляться через много лет после перенесенного воспаления мочеполовой сферы. Процесс может быть одно- и двусторонним. Женщины болеют чаще. Заболевание характеризуется скудностью симптомов. Зачастую болезнь устанавливается случайно при исследовании мочи или повышении артериального давления. Отмечаются быстрая утомляемость, головные боли, боли в эпигастрии, субфебрилитет, развитие цистита, дизурии. Температура повышается только при обострении, возможно познабливание, может быть необъяснимая лихорадка.

Появляется боль в поясничной области тупая, постоянного характера, которая усиливается при бимануальной пальпации. Отмечаются полиурия, поллакиурия, никтурия. Анемия развивается еще до почечной недостаточности. Течение длительное, с периодами обострений и ремиссий.

#### Ведение больных:

показаны употребление 1,5–2 литров жидкости в течение суток в виде воды, фруктовых и овощных соков, использование фитотерапии в течение 2–3 недель. Назначаются нитропрепараты (фурагин, фурадонин, 5-НОК, невидграмон, неграм), сульфаниламиды быстрого действия (этазол, уросульфам), сульфален. Антибиотики широкого спектра действия назначаются при неэффективности нитрофуранов и сульфаниламидов, при обострениях. Курс должен быть коротким, но адекватным. В стадии ремиссии возможно назначение санаторно-курортного лечения.

Прогноз благоприятный при неосложненных формах и неблагоприятный – при осложнениях.

Профилактика состоит из своевременного лечения острого пиелонефрита, лечения копростаза, хронического колита, холецистита, санации ротовой полости. Необходимы правильное питание с большим количеством витаминов, профилактическая терапия растительными препаратами.

Хроническая почечная недостаточность представляет собой постепенно возникающее и неуклонно прогрессирующее нарушение функции почек, приводящее к уремической интоксикации. К почечной недостаточности приводят хронический гломерулонефрит, хронический пиелонефрит, диабетический гломерулонефрит, амилоидоз, поликистоз почек, почечнокаменная болезнь, аденома, рак простаты. При субклинической

форме отмечаются увеличение объема выпиваемой жидкости до 3 л в сутки, никтурия до 3 и более раз за ночь, сухость, дряблость кожи, ее шелушение, дневная сонливость, слабость, утомляемость, шум в ушах, снижение слуха. При

клинической

форме отмечаются признаки легочно-сердечной недостаточности, выраженная анемия, изменения печени, желудочно-кишечного тракта без нарушения функций. При терминальной

форме

выражены признаки интоксикации: медлительность, апатичность, сонливость.

Лицо одутловатое, кожа сухая. Беспокоят мучительный зуд, отсутствие потливости,

мышечная слабость, мышечное подергивание, большие судороги (вызванные снижением содержания кальция в крови). Дыхание глубокое шумное, возникают боли в груди. Развиваются вторичные пневмонии. В терминальной стадии развивается уремический отек легких. Возможно развитие уремического перикардита, уремических васкулитов, висцеритов, гипотермии, анорексии, отвращения к пище. Появляются тошнота, рвота, тяжесть, полнота в эпигастрии после приема пищи, жажда.

#### Ведение больных:

обязательно назначается

диета

(физиологическая, полноценная) для предотвращения распада собственного белка.

Возможно сочетание диеты с парентеральным введением анаболических гормонов (ретаболила), расширенным питьевым режимом. Для ликвидации гиперкалиемии проводится введение больших количеств глюкозы 40 %-го раствора – 100 или 200 мл с добавлением 15–20 ЕД инсулина, 3–5 %-го раствора натрия гидрокарбоната. Для ликвидации гипонатриемии проводится внутривенное введение 10 %-го раствора натрия хлорида. Гипернатриемия ликвидируется введением натрийдиуретиков (10 % раствора глюконата кальция). Ликвидация ацидоза проводится диетой, содовыми клизмами, внутривенным введением щелочных растворов. Ликвидация алкалоза проводится аммонием или калия хлоридом (200 мл 2%-го раствора). Показано использование

гемодиализа

гидрокарбонатного на капиллярных диализаторах на основе ацетоцеллюлозных высокопроницаемых мембран 3–5 раз в неделю по 5 часов. Возможно использование перитонеального диализа.

Диализирующая жидкость небольшими порциями на определенное время вводится в полость брюшины, а затем заменяется свежим раствором. Гемосорбция проводится с целью удаления токсических веществ из крови в момент ее прохождения через колонку с активированным углем. Содержание токсических веществ заметно снижается через 2 часа от начала процедуры. Для уменьшения интоксикации назначаются препараты растительного происхождения, например леспенефрил. При своевременном выявлении хронической почечной недостаточности возможна трансплантация почки.

Прогноз определяется фазой почечной недостаточности, темпами ее развития.

Профилактика состоит в активном лечении основных заболеваний, систематической плановой вторичной профилактике хронической почечной недостаточности, обязательной диспансеризации.

#### Заболевания соединительной ткани

##### Основные симптомы при заболеваниях соединительной ткани

Основные признаки болезней соединительной ткани связаны с наличием симптомов поражения внутренних органов и сосудов, рецидивирующим характером их течения. Возможно поражение суставов, что проявляется полиартритом. Появляющиеся боли в суставах могут быть асимметричными, различной интенсивности, сочетаться с болями в мышцах и костях. Развиваются сгибательные болевые контрактуры в крупных и особенно мелких межфаланговых суставах. Появляются отек и покраснение (гиперемия) пораженных суставов. При заболеваниях суставов со временем возникают их деформация, ограничение движений. Отмечаются поражения кожи, проявляющиеся образованием узелков на различных участках тела. На носу и щеках могут появляться эритемы (очаг покраснения правильной формы), эритематозно-сквамозные участки

(очаги покраснения с шелушением) с четкими границами. Часто появляются трофические расстройства в виде выпадения волос, ломкости ногтей, пролежней. Отмечаются потеря массы тела, иногда значительная, отсутствие аппетита (анорексия), повышенная температура тела. Поражаются внутренние органы, что проявляется соответствующими симптомами, характерными для каждого органа. Возможно поражение легких, сердца, почек, печени, нервной системы.

Сестринский уход за больными с заболеваниями соединительной ткани

Режим

назначается с учетом заболевания и в зависимости от степени выраженности процесса больным.

Диета:

пациенты должны быть обеспечены физиологически полноценным питанием, назначается стол № 15, который применяется при заболеваниях, не требующих специальных лечебных диет, т. е. без нарушения состояния пищеварительной системы. Энергоценность и содержание белков, жиров и углеводов почти полностью соответствуют нормам питания для здорового человека, не занятого физическим трудом. Витамины вводятся в повышенном количестве. Пищу принимают теплой. Из диеты исключаются наиболее трудноперевариваемые и острые продукты. Количество поваренной соли составляет 15 г, свободной жидкости – 1,5–2 л. Энергетическая ценность составляет 2800–2900 ккал, режим питания – 4 раза в сутки.

Медицинская сестра помогает больному в

самообслуживании:

проведении туалета, при выраженном суставном синдроме – принятии удобного положения, в оказании помощи при передвижении и прочее.

Системная красная волчанка представляет собой хроническое полисиндромное заболевание. Преимущественно страдают молодые женщины и девушки из-за выраженной предрасположенности к данному заболеванию. При остром течении отмечается острое начало. Развитие полисиндромности происходит в течение 3–6 месяцев. При подостром течении начало постепенное, появляется артралгия, неспецифические поражения кожи. Заболевание протекает волнообразно. Полисиндромность формируется в течение 2–3 лет. При хроническом течении длительное время отмечаются рецидивы отдельных синдромов. Полисиндромность развивается на 5–10-м году, деформирующий полиартрит – к 10–15-му году болезни. Для системной красной волчанки характерны кризы, при которых происходит обострение всех симптомов болезни, зачастую с формированием трофических нарушений.

Узелковый полиартериит представляет собой системный некротизирующий васкулит артерий среднего и мелкого калибра с образованием аневризм сосудов и вторичным поражением органов и систем. Страдают преимущественно мужчины. Отмечается поражение почек с артериальной гипертонией. Развиваются типичный абдоминальный

синдром, сочетающийся с диспепсическими расстройствами, пневмонит или бронхиальная астма с высокой эозинофилией, кардиальный синдром в виде коронарита, полиневрит.

#### Лечение.

При

системной красной волчанке

назначаются глюкокортикоиды (преднизолон). Терапия гормонами проводится по классической схеме, но применяют и пульс-терапию как дополнение к обычной схеме.

Иммунодепрессанты (азатиоприн, 6-меркаптопурин, лейкеран), препараты 4-аминохинолинового ряда (хлорохин, делагил, плаквенил) – несколько лет, нестероидные противовоспалительные препараты (индометацин и др.), антикоагулянты (гепарин), антиагреганты (курантил). Возможно использование плазма-фереза, гемосорбции

(до 5–6 сеансов). Прогноз чаще неблагоприятный. При

узелковом полиартериите

назначается гормонотерапия (преднизолон). Для улучшения реологических показателей крови используются гепарин, трентал, курантил. Назначают плазмаферез, или гемосорбция до 5–6 сеансов. Физиотерапевтические процедуры противопоказаны. Прогноз неблагоприятный.

#### Заболевания опорно-двигательного аппарата

Основные симптомы при заболеваниях опорно-двигательного аппарата

Заболевания опорно-двигательного аппарата делятся на

5 групп:

- заболевания суставов при диффузных поражениях соединительной ткани (ревматоидные заболевания суставов);
- дистрофически-дегенеративные поражения хрящей суставов (деформирующий остеоартроз);
- острые (со склонностью к рецидивам) реактивные полиартриты (связаны с инфекциями неспецифического характера – стрептококковые, иерсиниозные, хламидийные и др.);
- специфические инфекционные артриты (туберкулез, сифилис, гонорея и др.);
- воспалительно-дегенеративные поражения структур сустава в связи с отложением в них продуктов патологического обмена (подагра).

Для всех групп заболеваний в острый период характерно проявление воспалительной реакции. Суставы опухают, кожа над ними становится гиперемированной, отмечается резкая болезненность суставов при пальпации и движениях, нарушается работа сустава. В поздний период течения заболеваний суставы деформируются, объем выполняемых движений сокращается, что в дальнейшем может приводить к обездвиженности пораженного сустава.

Сестринский уход за больными с заболеваниями опорно-двигательного аппарата

Медицинская сестра помогает больным соблюдать личную гигиену, следит за питанием, проводит назначенное лечение. При вынужденном длительном пребывании больного в постели необходимо следить за правильным положением больного.

Для создания удобного положения используются подушки, валики и т. д. Необходимо правильно поднимать больного.

Если приходится поднимать с пола, то ноги медицинской сестры должны располагаться таким образом, чтобы они находились по обе стороны от больного. Нельзя поднимать больного сбоку, поскольку при этом создается большая нагрузка на позвоночник. Руки не должны упираться в больное место, позвоночник должен быть прямым, плечи – находиться на одном уровне. Нельзя поднимать больного одной рукой. В случае

подобного способа подъема вторая рука должна обязательно иметь опору. Поднятие через руку применяется для усаживания пациента на стул с кровати или с пола. Один поднимающий встает позади пациента, применяя захват через руку, помощник при этом поддерживает бока и бедра пациента. Поворот в кровати применяется для перемещения больных, не способных к самостоятельным движениям – этот прием должен осуществляться двумя лицами. Поворачивание проводится путем перекачивания или плавного перемещения, поднятие при данной манипуляции не обязательно. Если пациента удержать не удалось и он упал с кровати, не надо сразу теряться. Необходимо сделать так, чтобы падение было плавным и медленным, а не резким. Нужно, чтобы больной соскользнул вниз вдоль тела удерживающего. Затем необходимо помочь больному лечь на бок или спину, подложив подушку или одеяло. Поднимать следует осторожно и только убедившись в том, что это может быть выполнено одним человеком. Если это является невозможным, необходимо обратиться за помощью.

Ревматоидный артрит. Это хроническое системное заболевание соединительной ткани с прогрессирующим поражением преимущественно периферических суставов. Происходит поражение в основном мелких суставов кистей и стоп, появление утренней скованности, постепенная деформация суставов, развитие неподвижности. Отмечаются ревматоидные узелки в периартикулярных тканях пораженных суставов (трофические нарушения), артериит в области ногтевых фаланг (сосудистые расстройства), повышение температуры, похудание (астеновегетативные расстройства). Возможно развитие миокардита, эндокардита с формированием неглубокого порока сердца, перикардита. Наблюдаются плевриты, пневмониты, хронический гломерулонефрит, амилоидоз, вторичная железодефицитная анемия. Течение при суставной форме заболевания медленно прогрессирующее с постепенной деформацией суставов, его длительность составляет 10–15 лет, при суставно-висцеральной – быстро прогрессирующее (2–3 года).

Деформирующий остеоартроз. В основе деформирующего остеоартроза лежит первичная дегенерация и деструкция суставного хряща с последующим разрастанием подлежащей костной ткани. Деформирующим остеоартрозом чаще страдают женщины в возрасте 40–60 лет и старше. Факторами риска для развития данного заболевания являются избыточная масса тела, профессиональная и бытовая перегруженность суставов, любые заболевания суставов, наследственная предрасположенность к данному заболеванию. Чаще поражаются суставы позвоночника и тазового пояса. Могут поражаться дистальные межфаланговые суставы кистей, реже средние межфаланговые суставы. Общевоспалительные и местно-воспалительные проявления обычно мало выражены. Характерно наличие стартовой боли, т. е. боль возникает в самом начале движения, а затем уменьшается или исчезает. При ущемлении сустава возможно появление в нем острой кратковременной боли. Из-за перегрузки суставов в процессе дневной двигательной активности боль в пораженных суставах обычно усиливается к вечеру.

Поражение тазобедренного сустава называется кок-сартрозом.

Заболевание характеризуется болями в ягодичной области, лонном сочленении, бедре, с иррадиацией в коленный сустав. Вращательные движения в пораженном суставе нарушаются максимально, а сгибание – в меньшей степени. Со временем возникает укорочение соответствующей конечности, а при поражении обоих тазобедренных суставов появляется

утиная походка. При поражении коленного сустава развивается

гонартроз,  
который характеризуется ранним нарушением разгибания, возникновением болей в коленном суставе при спуске с лестницы. Развитие плотных симметричных узловых утолщений в области дистальных межфаланговых суставов представляет собой геберденовские узелки.

Реже утолщения отмечаются в средних межфаланговых суставах. При обострении эти утолщения краснеют, становятся горячими. Чаще возникают у женщин в менопаузе.

Подагра относится к болезням обмена или «ошибок метаболизма».

Она связана с повышением содержания в крови мочевой кислоты (гиперурикемией) и выпадением микрокристаллов мочевой кислоты в ткани суставов, почки, сосудистую стенку, реже – в сердце, глаза и другие органы. У больных с подагрой основным проявлением считается появление острой боли в суставе (моноартрит), развивающейся за несколько часов, обычно ночью. Поражается первый плюснефаланговый сустав стопы. Кроме резкой боли, появляется багровая, а затем синюшная, горячая на ощупь опухоль мягких тканей. Температура тела повышается до 38–40 °С. Воспаление длится 6–7 дней и постепенно стихает. Первые годы подагра протекает волнообразно, с обострениями 2–3 раза в год без видимых на то причин. При этом в процесс постоянно вовлекаются новые суставы. На 4–8-м году течения заболевания в области пораженных суставов, а также в области ушных раковин, апоневрозов черепных мышц образуются безболезненные, средней плотности бугристые образования – тофусы, представляющие собой отложения микрокристаллов мочевой кислоты в плотной соединительной ткани. Они могут вскрываться с выделением крошковатой массы белесого цвета.

Лечение.

При ревматоидном артрите используются нестероидные противовоспалительные препараты (бутадион, индометацин, вольтарен и др.), предпочтение отдается препаратам продленного действия. При неэффективности нестероидных противовоспалительных препаратов и сохраняющейся активности процесса назначается гормонотерапия (кортикостероиды 15–20 мг с медленным снижением и добавлением нестероидных противовоспалительных препаратов в возрастающих дозах), цитостатические иммунодепрессанты (для уменьшения образования иммунных комплексов и ревматоидного фактора). Используется базисная терапия препаратами золота (назначается кризанол внутримышечно 1 раз в неделю 7–8 месяцев), применяются препараты аминохинолового ряда (резохин, плаквенил). Для выведения иммунных комплексов назначаются плазмаферез, гемосорбция. Физиотерапевтическое лечение, лечебная физкультура, санаторно-курортное лечение, хирургические методы коррекции проводятся для восстановления функции суставов. При деформирующем остеоартрозе необходимо следить за соблюдением правил труда. Для разгрузки пораженных суставов должны ограничиваться ношение тяжестей, тяжелая физическая работа. Отдыхать необходимо сидя или лежа среди дня. Следует спать на жестком матрасе или на щите. Необходимо избегать появления избыточной массы тела. Для улучшения кровообращения в тканях пораженных суставов следует использовать лечебную



гимнастику, физиотерапевтические процедуры (парафиновые, грязевые аппликации). Из медикаментозных средств применяются препараты, воздействующие на хрящевую ткань (вытяжки из хрящей молодых животных) и др. Для подавления реактивного синовита используются нестероидные противовоспалительные средства. При подагре всем больным показаны диетические ограничения. Общая калорийность пищи должна быть снижена, резко ограничивается употребление продуктов, богатых пуринами, исключается алкоголь, питье обильное (до 2 л в день), молочно-растительная пища. При остром приступе подагры применяются нестероидные противовоспалительные препараты. Используются противоподагрические базисные препараты, уменьшающие синтез мочевой кислоты в организме (аллопуринол (милурит) в течение не менее 1 года). Противопоказаниями к назначению аллопуринола являются поражения печени, язвенная болезнь, кожные заболевания.

Прогноз при суставной форме ревматоидного артрита благоприятный, при суставно-висцеральной – неблагоприятный. Профилактика заключается в предупреждении развития рецидивов заболевания, – проводится длительное применение базисных препаратов, нестероидных противовоспалительных средств.

При деформирующем остеоартрозе прогноз относительно благоприятный. Заболевание отличается медленным прогрессированием, что делает его социально менее повреждающим, чем ревматоидный артрит.

#### Заболевания системы кроветворения

#### Основные симптомы при заболеваниях системы кроветворения

Одним из основных проявлений болезней крови является малокровие (анемия).

Данное состояние характеризуется уменьшением числа эритроцитов и (или) снижением количества гемоглобина в единице крови. При этом в организме нарушаются окислительно-восстановительные процессы и развивается кислородное голодание тканей (гипоксия). Общая адаптация организма к изменившимся условиям существования осуществляется за счет сердечно-сосудистой системы. Происходят ускорение кровотока, учащение числа сердечных сокращений, увеличение минутного объема крови. Для всех анемий характерны бледность кожи и слизистых оболочек, слабость, одышка, наличие систолического шума над верхушкой сердца.

Все анемии являются вторичными, их следует рассматривать как один из симптомов основного заболевания!

Анемии подразделяются на:

анемии, связанные с питанием; гемолитические вследствие повышенного кроверазрушения; апластические (опустошение костного мозга); вследствие кровопотери (постгеморрагические).

Имеются геморрагические проявления, связанные с повышенной кровоточивостью или повышенной свертываемостью крови, – это происходит за счет нарушений в свертывающей системе крови. К группе заболеваний, связанных с повышенной кровоточивостью, относятся геморрагические диатезы.

При апластических анемиях нарушается образование клеток костного мозга, что приводит к развитию заболеваний системы крови. При этом могут увеличиваться лимфатические узлы, появляться лихорадка неправильного типа, кровоизлияния на коже.

Сестринский уход за больными с заболеваниями крови

Медицинская сестра должна обращать внимание на цвет кожи, появление кровоточивости у пациента. При анемии показаны пребывание на свежем воздухе, гидротерапия, полноценное питание, содержащее белки, овощи, фрукты, ягоды (№ 15). Контроль за температурой тела, частотой пульса, артериальным давлением, полостью рта.

Анемии – группа заболеваний, отличающаяся многообразием.

#### Железодефицитная анемия

Наиболее распространенная форма, составляет около 80 % всех анемий. В развитии анемий этого типа имеют значение хронические кровопотери, повышение потребности организма в железе, нарушение поступления железа с пищей (посты, вегетарианство, недоедание, низкое содержание белка), нарушение всасывания (хронические энтериты, резекция кишечника, гастроэктомиа с резекцией двенадцатиперстной кишки, опухоли кишечника, врожденный дефицит железа у новорожденных), нарушение транспорта железа. Происходит снижение количества гемоглобина в организме, развитие трофических изменений в тканях. Появляются слабость, одышка при физических нагрузках, головные боли, головокружение. Кожа становится сухой, с трещинами, имеет восковидную бледность. Волосы истончаются, выпадают, секутся. Ногти становятся тусклыми, плоскими, тонкими, часто расслаиваются, становятся вогнутыми, ложкообразными с поперечными вдавливаниями. На зубах тускнеет и темнеет эмаль, возникает кариес. Развиваются стоматиты, глосситы с атрофией сосочков и трещинами языка. Извращается вкус (рса chlorotica). Возникает потребность в употреблении мела, зубного порошка, угля, глины, льда, песка, земли, сырого мяса, теста, круп. Появляется пристрастие к необычным запахам: ацетона, лака, красок, керосина, мазута, выхлопных газов, гуталина, нафталина. Появляются раздражительность, плаксивость, сонливость, снижение памяти, внимания. Возможен субфебрилитет. Возникают обмороки, особенно в душных помещениях, в бане, в транспорте, снижается артериальное давление. Поражается мышечная система. Возникают мышечная слабость, снижение толерантности к физической нагрузке, недостаточность мышечных сфинктеров (недержание мочи при кашле, чиханье, смехе). Развивается хронический атрофический гастрит с быстрым прогрессированием.

#### В

12

-дефицитная анемия

Развивается в результате нарушения всасывания при снижении секреции внутреннего фактора желудка (после резекций желудка, при атрофическом гастрите, опухолях желудка, токсическом воздействии на слизистую желудка), заболеваниях тонкой кишки (хронических энтеритах, резекции кишки и др.), нарушении функции поджелудочной железы (выработке трипсина). Возможны глистная инвазия широким лентецом, изменение микрофлоры кишечника после резекции кишки, нарушение поступления витамина В

12

при вегетарианстве. Больные производят внешнее впечатление повышенной упитанности. У них одутловатое лицо с бледно-желтушным оттенком. Самочувствие долгое время может оставаться удовлетворительным. Возможно появление субфебрилитета, иногда высокой лихорадки. Снижается аппетит, появляются отрыжка, чувство тяжести в эпигастрии, жжение языка (глоссит). Язык имеет малиновую окраску, сосочки сглажены, на кончике и краях отмечаются участки воспаления.

Поражение нервной системы проявляется парестезиями, мышечной слабостью, атаксической походкой («ватные ноги»), ощущением отсутствия опоры под ногами. Возможны умеренное увеличение печени и селезенки, повышение непрямого билирубина.

#### Гемолитические анемии

Группа анемических состояний, при которых кровопотери преобладают над кроветворением. Продолжительность жизни эритроцитов укорачивается до 12–14 дней вместо 120 дней. Основными признаками повышенного гемолиза являются анемия (чаще нормохромная) с увеличением количества ретикулоцитов в периферической крови, желтуха с гипербилирубинемией за счет непрямого (свободного) билирубина, гиперхолия кала (темный кал) и уробилинурия (темная моча). При внутрисосудистом гемолизе в моче могут появляться гемосидерин или неизмененный гемоглобин (гемоглобинурия). Отмечается спленомегалия (увеличение селезенки). Продолжительность жизни эритроцитов и их осмотическая резистентность уменьшены.

#### Апластические анемии

Гетерогенная группа заболеваний, характерной особенностью которых является резкое угнетение кроветворения. В их развитии имеют значение воздействие ионизирующего излучения, миелотоксические яды, в частности бензол и его производные, лекарственные препараты, вирусная инфекция, эндогенные факторы (гипотиреоз, хроническая почечная недостаточность, циррозы печени, остеопороз и др.). Основные проявления выражаются в слабости, головокружении, мелькании мушек перед глазами, одышке, сердцебиении при небольшой физической нагрузке, повышенной кровоточивости из-за снижения количества тромбоцитов, развитии инфекционных осложнений (воспалений и некрозов слизистой рта и кишечника).

#### Острая постгеморрагическая анемия

Развивается вследствие кровопотери, к которой могут приводить травмы, ранения, желудочно-кишечные, легочные, геморроидальные и другие кровотечения. Появляются слабость, одышка, бледность кожи и слизистых, тахикардия, систолический шум над верхушкой сердца.

#### Ведение больных:

при  
железодефицитной  
анемии назначается диета с достаточным количеством железа. Рекомендуется прием мясных продуктов, печени, рыбы, апельсинового, лимонного соков. Препараты железа должны использоваться в достаточной дозировке на протяжении длительного времени. Для улучшения всасывания препараты железа сочетаются с аскорбиновой кислотой. Прогноз благоприятный. Профилактика заключается в устранении анемий во II—III триместрах беременности и в первые 6 месяцев лактации, устранении однообразного питания, употреблении продуктов, богатых железом. При  
В

12

-дефицитной  
анемии питание должно быть полноценным, содержать молочные и мясные продукты. Используются препараты витамина В

12

: цианокобаламин по 200–500 мкг 1 раз в сутки (в тяжелых случаях – 2 раза в сутки). В случае фуникулярного миелоза количество вводимого витамина В

12

увеличивается до 1 000 мкг в сутки. При глистной инвазии назначается проведение дегельминтизации: применяются феносал 2 г на ночь и 2 г утром, экстракт мужского папоротника 4–6 г на прием. Профилактика состоит в лечении заболеваний желудочно-кишечного тракта, своевременной дегельминтизации, правильном полноценном питании.

Гемолитические

анемии: при

талассемии

показаны полноценное питание, употребление фолиевой кислоты, при содержании гемоглобина ниже 70 г/л – вливание взвеси эритроцитов, при гиперспленизме

возможна спленэктомия. Противопоказано назначение препаратов железа,

сульфаниламидов. При

серповидно-клеточной

анемии проводится профилактика тромбозов – внутривенное введение растворов изотонического натрия хлорида, глюкозы 5 %, низкомолекулярного декстрана.

Показаны вливание взвеси эритроцитов, оксигенотерапия, при наличии инфекции – антибиотики, в период ремиссии – прием фолиевой кислоты.

Микросфероцитарная гемолитическая

анемия с частыми гемолитическими кризами требует проведения спленэктомии (эффективна в 1 00 % случаев). При

аутоиммунной гемолитической

анемии назначаются глюкокортикоиды, которые прекращают или уменьшают гемолиз, иммунодепрессанты (6-меркаптопурин, азатиоприн, хлорамбуцил). Используется плазмаферез. При

пароксизмальной ночной гемоглобинурии

лечение проводится вливанием отмытых эритроцитов, для профилактики тромбозов используют непрямые антикоагулянты. При

токсических гемолитических

анемиях вводятся специфические антитела. При

апластических

анемиях назначаются глюкокортикоиды, которые оказывают иммуносупрессивное действие, уменьшают проницаемость капилляров, стимулируют миелопоэз.

Переливание крови и ее компонентов: вливание отмытых или размороженных эритроцитов, снижающих посттрансфузионные осложнения. При выраженной кровоточивости проводится вливание свежезаготовленной консервированной крови, назначаются гемостатические препараты.

В случае присоединения инфекции назначаются антибиотики широкого спектра действия, при неэффективности лечения проводятся спленэктомия и пересадка костного мозга.

Прогноз при острых и подострых вариантах неблагоприятный.

Профилактика заключается в постоянном диспансерном наблюдении гематолога, своевременном проведении повторных курсов лечения.

При острой постгеморрагической анемии в первую очередь назначаются полноценное питание, прием витаминов, препаратов железа внутрь. По показаниям проводится переливание эритроцитов и цельной крови. Прогноз зависит от степени кровопотери.

Профилактика состоит в предупреждении травматизма, предупреждении повторных геморроидальных, желудочно-кишечных и других кровотечений.

Лейкозы

Лейкозы

– это опухолевые заболевания кроветворной ткани.

Существуют формы:

- с первичным поражением костного мозга (лейкозы);
- с опухолевым ростом вне костного мозга (лимфогранулематоз и гематосаркомы).

#### Острый лейкоз

Злокачественная опухоль системы крови с вытеснением нормальных ростков кроветворения и замещением нормальных клеток бластными, образованием патологических ростков кроветворения во всех органах и тканях. В развитии имеют значение вирусы, химические вещества-мутагены (бензол, цитостатики и др.), ионизирующее излучение. Для заболевания характерна стадийность:

- начальная стадия (чаще диагностируется ретроспективно);
- развернутая стадия (наличие основных клинических и гематологических синдромов);
- стадия ремиссии: полная (количество бластных клеток в костном мозге не более 5 %) и неполная (количество бластных клеток в костном мозге остается повышенным);
- стадия рецидива (прогностически опасное состояние);
- терминальная стадия (выраженное угнетение нормального кроветворения).

В начальной стадии появляются немотивированная слабость, снижение аппетита, боль в суставах, бледность кожи и слизистых. Возможно развитие язвенно-некротического варианта: появление острых катаральных изменений в носоглотке, ангины, высокой температуры тела. При

геморрагическом

варианте появляются подкожные кровоизлияния, кровотечения из десен, носа, матки.

При

опухолевом

варианте отмечается появление увеличенных лимфатических узлов (чаще шейных и подчелюстных). Может быть увеличена селезенка. В развернутой стадии происходит усиление всех признаков заболевания, особенно анемического и геморрагического синдромов. Появляются инфекционные и язвенно-некротические осложнения.

Лимфатические узлы быстро увеличиваются, плотные, болезненные при пальпации, при увеличении медиастинальных лимфоузлов возникают кашель, одышка, при увеличении мезентериальных лимфоузлов – боли в животе, увеличение селезенки. В терминальной стадии происходят ухудшение общего состояния, повышение температуры тела, нарастание анемии, тромбоцитопении, геморрагического диатеза. Причинами гибели становятся кровоизлияния в жизненно важные органы, инфекции, глубокая анемия, истощение.

#### Хронический лейкоз

Хронический лейкоз связан с наличием более дифференцированных клеток, включая зрелые эритроциты и лейкоциты. В

начальной

стадии субъективные и объективные признаки заболевания отсутствуют.

Ранняя

стадия проявляется слабостью, потливостью, утомляемостью, болями в костях.

Увеличиваются селезенка, печень, появляется субфебрильная температура. В

развернутой

стадии отмечаются похудание, бледность, геморрагии, нарастающая сплено- и гепатомегалия, боли в костях, нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы (аритмии, боли в сердце), пневмонии. В

дистрофическую (терминальную) стадию отмечаются резкое ухудшение общего состояния, усиление потливости, стойкое немотивированное повышение температуры тела, невосприимчивость к проводимой терапии, развитие инфекционных осложнений.

Лечение.

При остром

лейкозе применяются цитостатики и комплексная химиотерапия. Длительность лечения в период ремиссии составляет 5 лет при отсутствии рецидива. При снижении лейкоцитов до  $1 \times 10^9$

$9$

/л и меньше поддерживающая терапия прерывается. Трансплантация костного мозга проводится при достижении первой или второй ремиссии, может быть использован аллогенный и аутологенный костный мозг. При своевременном проведении лечения возможно достижение полной ремиссии заболевания. При

хроническом

лейкозе в начальном периоде эффективно лечение миелобромолом или 6-меркаптопурином. При развитии устойчивости к терапии лечение проводится по схемам для острого лейкоза. Прогноз относительно благоприятный, средняя продолжительность жизни составляет 4 года, у отдельных больных – 10 лет и более.

Лимфогранулематоз

Лимфогранулематоз

– первичное опухолевое поражение лимфоидной ткани.

Процесс возникает локально в одном из органов лимфоидной системы с последующей диссеминацией в другие лимфатические узлы (лимфогенно) и внутренние органы (гематогенно). Выделяются 4 стадии заболевания:

I

стадия – симптомы выражены мало, отмечается увеличение одного или нескольких лимфатических узлов (в основном шейных и надключичных). Во

II

стадию происходит увеличение периферических лимфатических узлов, расположенных выше диафрагмы (шейных, надключичных, подмышечных). Узлы плотные, спаиваются с окружающими тканями и между собой. Появляются слабость, снижение трудоспособности, лихорадка, кожный зуд, потливость, боли в области узлов, отмечаются цианоз, отек шеи и верхних конечностей.

III

стадия – отмечается лихорадка с волнообразным характером и суточными колебаниями в  $1,5-2$  °С. Температура нарастает постепенно, держится 1–2 недели и снижается до исходных значений.

IV

стадия – активно поражаются различные органы, выражены симптомы интоксикации.

Лечение.

При I–III стадиях целью лечения является излечение, при IV стадии – излечение или длительное поддержание ремиссии. Для подавления опухолевого роста применяются лучевая терапия и химиотерапия. Самостоятельно лучевая терапия используется на I, II и III стадиях, может сочетаться с химиотерапией, на IV стадии используется только химиотерапия. Используется общеукрепляющая терапия (назначаются витамины, у-глобулин, вливание эритроцитарной взвеси). При проведении своевременной радикальной программы лечения безрецидивное течение отмечается у 90 % больных с I и II стадиями заболевания. При III–IV стадиях ремиссии отмечаются у 80 % больных с отсутствием рецидивов в течение 5–10 лет.

#### Геморрагические диатезы

##### Геморрагические диатезы

– синдром объединяет группу различных заболеваний, характеризующихся врожденной или приобретенной кровоточивостью.

Повышенная кровоточивость может быть обусловлена нарушениями в системе свертывания крови (коагулопатиями), нарушениями числа или функции тромбоцитов (тромбоцитопатиями), нарушениями функции сосудистой стенки (вазопатиями).

#### Гемофилия

При гемофилии отмечается дефицит одного из факторов свертывания крови – VIII, IX или XI. При гемофилии А

чаще болеют мужчины. Болезнь начинается в раннем детстве: появляются обильные, часто смертельные кровотечения, кровоизлияния в суставы под влиянием незначительных травм (чаще в коленные и голеностопные). Может наблюдаться кровь в моче. Развиваются вторичные воспалительные изменения в суставах, возникают контрактуры и анкилозы. При гемофилии В

так же, как при гемофилии А, болеют мужчины. Клинические проявления не отличаются от симптомов гемофилии А. При гемофилии С

болеют лица обоего пола. Различаются латентная и выраженная формы дефицита XI фактора. При латентной форме кровоточивость появляется при травмах, хирургических вмешательствах. При выраженной форме появляются умеренная спонтанная кровоточивость, носовые кровотечения, обильные кровотечения при травмах, гематомы.

#### Тромбоцитопенические пурпуры

##### Тромбоцитопенические пурпуры

– группа состояний, обусловленных снижением количества тромбоцитов в периферической крови вследствие их повышенного разрушения или качественной неполноценности.

#### Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура

(болезнь Верльгофа) чаще встречается у женщин молодого и среднего возраста. Начало заболевания острое или постепенное. Появляются кровотечения из слизистых оболочек: носовые, десневые, желудочно-кишечные, почечные, кровохарканья, маточные в виде меноррагий. Кровянистые кожные высыпания локализуются чаще на передней поверхности туловища и конечностей. Во внутренних органах изменений не наблюдается.

#### Геморрагический васкулит.

Воспалительное поражение микрососудов кожи и внутренних органов, сопровождающееся их тромбированием и геморрагическим синдромом.

Геморрагический васкулит часто является проявлением коллагенозов, гломерулонефрита, туберкулеза, гиповитаминоза С, сепсиса, бактериального эндокардита.

К развитию заболевания приводят инфекции (чаще вирусные), интоксикации, холодный фактор, лекарственные препараты. На коже появляется геморрагическая сыпь в виде «геморрагических чулок и перчаток», обильная, симметричная, оставляет коричневую пигментацию. Появлению сыпи могут предшествовать недомогание, субфебрильная лихорадка. Для поражения почек характерны признаки острого или хронического гломерулонефрита, которые могут привести к смерти от уремии. При поражении суставов отмечаются припухлость суставов вследствие выпота, геморрагии на коже. Кровоизлияния в брюшную полость сопровождаются симптомами, сходными с картиной острого живота. При кровоизлияниях в головной мозг возможно появление геморрагического инсульта, менингоэнцефалита.

#### Ведение больных:

при

гемофилии

больные лечатся в стационаре, где проводится заместительная терапия гемопрепаратами. Профилактика предусматривает предупреждение травм, проведение трансфузионных мероприятий перед оперативными вмешательствами, регулярное лечение основного заболевания.

При

тромбоцитопенических пурпурах

используются местные гемостатические средства: гемостатическая губка, андроксон, проводится тампонада с эpsilon-аминокапроновой кислотой. Показано применение глюкокортикоидов. При неэффективности глюкокортикоидной терапии в течение 4–5 месяцев выполняется спленэктомия. При неэффективности спленэктомии назначается лечение иммунодепрессантами (циклофосфаном, винкристином).

Переливание крови проводится только по показаниям!

При своевременном лечении прогноз благоприятный. При

геморрагических васкулитах

больным в начальный период заболевания назначается постельный режим. Диета должна быть с ограничением углеводов, исключаются шоколад, кофе, какао, цитрусовые, клубника. При наличии инфекции проводят антибиотикотерапию.

Применяется гепарин внутривенно капельно или под кожу живота каждые 6 часов.

Используются свежемороженая плазма внутривенно струйно, никотиновая кислота



внутривенно капельно 1 %-я. Для улучшения реологических свойств крови назначаются курантил, трентал. Глюкокортикоиды применяются при выраженных клинических симптомах с осторожностью, поскольку вызывают повышенную свертываемость крови. При суставном синдроме показано использование нестероидных противовоспалительных препаратов (индометацина, вольтарена). Прогноз при легких формах благоприятный, при молниеносных – неблагоприятный.

Профилактика заключается в ограничении приема лекарственных препаратов, своевременной профилактике вирусных инфекций, предупреждении переохлаждений.

#### Лекарственная аллергия

Появление повышенной чувствительности организма к аллергену в ответ на повторные контакты с ним. Интенсивность аллергической реакции зависит от природы аллергена, экспозиционной дозы, пути поступления антигена, состояния иммунной системы. В настоящее время лекарственная аллергия только у больных, находящихся в стационаре, возникает в 15–30 % случаев. К лекарственной аллергии приводят повторные применения непереносимых лекарственных средств. Происходят выработка антител или появление Т-лимфоцитов, специфических к лекарственному препарату.

Ранние  
аллергические реакции  
(крапивница  
и  
анафилактический шок)  
развиваются в течение 30 минут после повторного введения препарата, чаще всего пенициллинов.

Отсроченные  
аллергические реакции  
(крапивница, зуд, бронхоспазм, отек гортани)  
развиваются через 2—72 часа после повторного применения препарата, возможно поражение почек.

Поздние  
аллергические реакции  
(пятнисто-папулезная сыпь, крапивница, артралгия, лихорадка)  
развиваются не ранее чем через 72 часа после повторного введения препарата. Чаще всего вызываются пенициллинами, гетерологичными сыворотками. Могут увеличиваться лимфоузлы, наблюдаться гломерулонефрит, периферическая нейропатия, системный васкулит, острая воспалительная демиелинизирующая полирадикулонейропатия. Возможно развитие лекарственного волчаночного синдрома, васкулитов с симптомами лихорадки, геморрагической сыпи, чаще на ногах, поражением почек и легких.

Течение зависит от типа аллергической реакции. При аллергической реакции I типа, в случае несвоевременного проведения реанимационных мероприятий, прогноз неблагоприятный. При аллергических реакциях II, III и IV типов прогноз благоприятный.

### Медицинские мероприятия при анафилактическом шоке:

больной должен быть уложен на спину с приподнятыми ногами. Необходимо быстро оценить проходимость дыхательных путей, показатели внешнего дыхания и гемодинамики. При остановке дыхания и кровообращения немедленно приступают к сердечно-легочной реанимации. При сохранении артериальной гипотонии и нарушении дыхания больной переводится в реанимационное отделение, где проводятся экстренные медикаментозные мероприятия. После стабилизации состояния введение жидкости и медикаментозных средств продолжается до нескольких суток (в зависимости от тяжести состояния). Выздоровление происходит полное. Смерть от тяжелых анафилактических реакций наступает в первые 30 минут, среди осложнений возможно развитие инфаркта миокарда и инсульта.

Профилактика состоит в обязательном сборе аллергического анамнеза. Нельзя применять лекарственные средства, которые часто вызывают аллергию. При невозможности отмены или замены препарата должны проводиться провокационные пробы с постепенным увеличением дозы препарата. Препарат назначается в возрастающих дозах каждые 15 минут. Используется путь введения препарата, который предполагается в качестве основного. При развитии во время провокационной пробы анафилактической реакции от препарата отказываются.

### Болезни эндокринной системы

#### Сестринский уход за больными с болезнями эндокринной системы

Токсический зоб – это заболевание, характеризующееся повышенной продукцией гормонов Т

4

и Т

3

щитовидной железой, диффузным или диффузно-узловым ее увеличением и патологическими изменениями со стороны различных органов и систем. Встречается значительно чаще у женщин в возрасте 20–50 лет, чем у мужчин. К развитию заболевания приводят острая или хроническая психическая травма (до 80 % всех случаев), острые и хронические очаговые инфекции (грипп, острый и хронический тонзиллит, инфекция верхних дыхательных путей), черепно-мозговая травма, заболевания гипоталамо-гипофизарной системы, генетическая предрасположенность. Основные проявления характеризуются изменениями:

- кожа: теплая, влажная, бархатистая, больные выглядят моложе своих лет; ладони влажные, горячие, отмечается ломкость ногтей, возможны локальные слизистые отеки преимущественно передней поверхности голени;
- обмен веществ: больные обычно худые, у пожилых больных отмечаются отсутствие аппетита, умеренное чувство жажды, потливость, плохо переносится тепло;
- нервная система: возникают повышенная нервозность, эмоциональная неуравновешенность, повышенная возбудимость, тремор, отмечаются чувство внутреннего напряжения, неспособность сосредоточиться, трудность в общении с окружающими, возможные депрессии;
- сердечно-сосудистая система: при длительном течении развивается кардиомегалия, приводящая к сердечной недостаточности;
- опорно-двигательный аппарат: слабость и атрофия мышц, больные выглядят истощенными, встречается переходящий тиреотоксический паралич, длящийся от нескольких минут до нескольких суток;

- желудочно-кишечный тракт: развивается неутолимый аппетит, потребление пищи увеличивается, однако больные худеют, усиливается перистальтика кишечника, стул частый, изменяется функция печени;
- зрение: экзофтальм, редкое мигание, сильный блеск глаз, при взгляде вверх за перемещающимся предметом движение глазного яблока отстает от верхнего века, пигментация вокруг глаз, при взгляде вверх – отсутствие наморщивания лба;
- половая система: страдает у женщин и у мужчин;
- щитовидная железа: увеличенная, эластичная, мягкая.

При тиреотоксических кризах отмечается внезапное появление резкой тахикардии, мерцательной аритмии, лихорадки, возбуждения, беспокойства или психоза, тошноты, рвоты, поноса.

#### Ведение больных:

медицинский персонал при болезнях щитовидной железы использует общий уход. Питание должно быть полноценным, ограничений в диете не проводится. Для устранения тиреотоксикоза используется мерказолил (тиамазол), блокирующий ферментные системы, ответственные за выработку тиреоидных гормонов. Для регулирования сердечной деятельности применяются  $\beta$ -блокаторы (пропранолол). Широко применяются седативные и снотворные средства. Глюкокортикоиды показаны при тяжелом тиреотоксикозе, в течение 2–4 недель в больших дозах.

Лечение радиоактивным йодом может быть использовано только у больных старше 40 лет с относительно небольшими размерами зоба при отсутствии узлов. Перед началом лечения должен быть устранен тиреотоксикоз. Применять радиоактивный йод можно также при выраженной сердечной недостаточности, рецидивах тиреотоксикоза после субтотальной резекции щитовидной железы, отказе от оперативного вмешательства при наличии показаний.

При тиреотоксическом кризе проводится инфузионная терапия (жидкости, электролиты), используются тиреостатические препараты (при отсутствии рвоты) в больших дозах, возможно назначение препарата *регестим*. Внутривенно капельно вводится раствор Люголя 1 % в 5 %-м растворе глюкозы в сочетании с большими дозами кортикостероидов (гидрокортизон). По показаниям назначаются  $\beta$ -адреноблокаторы, седативные, снотворные препараты, антибиотики, оксигенотерапия.

При ранней диагностике и лечении токсического зоба прогноз благоприятный – ремиссия наступает примерно у половины больных. В запущенных случаях прогноз в отношении жизни неблагоприятный – смерть наступает от тяжелой сердечной недостаточности, тиреотоксического криза, тиреотоксического поражения печени, присоединяющейся инфекции.

Для профилактики необходимо соблюдать режим труда и отдыха, своевременно проводить медикаментозную терапию.

Сахарный диабет относится к хроническим заболеваниям, связан с абсолютной или относительной недостаточностью инсулина, приводящей к нарушению всех видов обмена (в первую очередь углеводного) и развитию микроангиопатии, нефропатии, патологических изменений в различных органах и тканях. Заболевание может развиваться после перенесенной вирусной инфекции, под влиянием иммунных нарушений. В развитии заболевания имеет значение генетическая предрасположенность. Если сахарным диабетом больны оба родителя, риск заболевания равен 100 %, если один из родителей – 50 %. К факторам риска относятся длительное переизбыточное потребление углеводов (рафинированные углеводы) и жирных продуктов, ожирение, беременность, нервно-психические и физические травмы, инфекции и интоксикации. Сахарный диабет развивается под влиянием диффузного токсического зоба, акромегалии, болезни Иценко—Кушинга, феохромоцитомы, атеросклероза, гипертонической болезни, острого и хронического панкреатита.

Дефицит инсулина ограничивает поступление глюкозы в инсулинозависимые ткани, что приводит к нарушению ее потребления. Снижается синтез белка, усиливаются процессы его распада (катаболизма). Увеличивается поступление в кровь аминокислот, активизируются процессы образования глюкозы в печени. Постепенно происходит включение избыточного количества глюкозы в белки сыворотки крови, клеточных мембран, белки периферических нервов, что приводит к развитию микроангиопатий и нейропатий. Для

инсулинозависимого сахарного диабета (I тип)

характерны острое начало, быстрое прогрессирование. Имеются 2 периода течения:

доклинический

(две стадии – ранняя и поздняя) и

клинический.

У больных появляется

полиурия

– резко увеличивается диурез, который может достигать 3—10 л в сутки. Потеря воды начинает вызывать постоянную жажду (полидипсия).

Развивается потеря массы тела – этот признак является характерным для инсулинозависимого сахарного диабета!

К другим клиническим признакам относятся сухость слизистых оболочек и кожи (вызвана потерей воды), постоянное чувство голода, вызванное нарушением утилизации глюкозы и потерей глюкозы с мочой (полифагия), утомляемость и слабость (обусловлены нарушением утилизации глюкозы и сдвигами электролитного обмена), частые инфекции. Более 80 % больных обращаются к врачу не позже чем через 3 недели после появления симптомов.

Для

инсулинонезависимого сахарного диабета (II тип)

характерна умеренность выраженности основных симптомов: появляются незначительные жажда и полиурия. Отмечаются зуд кожи, половых органов, гнойничковые заболевания кожи, пародонтоз, осложненное течение беременности. Чаще отмечается в возрасте старше 40 лет. При инсулинонезависимом сахарном диабете обычно наблюдается избыточный вес.

По тяжести течения сахарный диабет бывает:

легкой

степени: гликемия до 8,88 ммоль/л, компенсация достигается ограничением углеводов и общей энергетической емкости рациона (диета № 9), трудоспособность сохранена;

средней

степени: при диете № 9 возможны гликемия до 13,87 ммоль/л, глюкозурия до 30 г/сутки; компенсация достигается с помощью инсулина в дозе, не превышающей 60 ЕД в сутки, или гипогликемизирующих оральных средств; трудоспособность сохранена;

тяжелой

степени: при диете № 9 наблюдается кетоз; в анамнезе отмечаются диабетическая кома, гликемия натощак больше 13,87 ммоль/л; гликемия может быть лабильной, компенсация достигается инсулином в дозе 60 ЕД в сутки и более в сочетании или без таблетированных антидиабетических препаратов; трудоспособность нарушена. Присоединение осложняющих факторов (таких, как инфекция, нарушение

гемодинамики, срочное оперативное вмешательство, другие стрессорные ситуации) может вызвать резкую декомпенсацию с развитием кетоацидоза. Течение сахарного диабета длительное и прогрессирующее.

#### Ведение больных:

первым условием современной тактики ведения больных с сахарным диабетом является положение, что в лечении должны принимать активное участие больной и его родственники. Медицинские сестры должны научить больного и его родственников правилам самостоятельного поддержания состояния.

Проведение интенсивной инсулинотерапии требует соблюдения следующих правил: 1) определение уровня глюкозы в крови натощак и после еды, его поддержание на необходимом уровне; 2) поддержание равновесия между дозами инсулина, питанием и физической активностью; 3) самостоятельный контроль больного за уровнем глюкозы крови; 4) самостоятельная коррекция схемы инсулинотерапии и диеты в зависимости от уровня глюкозы крови и образа жизни; 5) обучение больных действовать самостоятельно в любой ситуации; 6) постоянный контакт больного с врачом и медицинскими сестрами; 7) мотивация больного (зависит от его дисциплинированности и стремления к сохранению стабильного состояния); 8) психологическая поддержка больного; 9) оценка эффективности интенсивной терапии (отсрочка развития осложнений).

#### Инсулинотерапия

является обязательной при сахарном диабете I типа, при сахарном диабете II типа она может использоваться в качестве временной меры или постоянно при отсутствии эффекта от пероральных сахароснижающих препаратов. При проведении инсулинотерапии необходимо помнить о том, что:

- 1) нельзя смешивать разные препараты инсулина в одном шприце;
- 2) инсулин короткого действия вводится за 30 минут до еды, чтобы произошло всасывание в кровь, инсулин сверхкороткого действия можно вводить непосредственно перед едой или даже после еды;
- 3) скорость всасывания зависит от места инъекции; быстрее всего всасывается инсулин, введенный под кожу живота, для замедления всасывания инсулин вводится под кожу плеча, верхней части бедра или ягодицы, для ускорения всасывания место инъекции согревают или массируют, места инъекции должны быть постоянными, необходимо менять только точки в пределах одной зоны; 4) для большинства подростков при впервые выявленном инсулинозависимом сахарном диабете доза инсулина составляет 1,0 ЕД/кг в сутки, половина общей суточной дозы вводится в утренние и дневные часы, вторая половина – вечером; через несколько лет потребность в инсулине снижается до 0,6–0,8 ЕД/кг в сутки, при этом две трети общей суточной дозы инсулина вводят за 30 минут до завтрака (инсулин короткого действия и инсулин средней длительности действия) (1 ЕД инсулина короткого действия на каждые 3–4 ЕД инсулина средней длительности действия), оставшуюся треть общей суточной дозы вводят за 30 минут до ужина (1 ЕД инсулина короткого действия на 1–2 ЕД инсулина средней длительности действия).

Возможные осложнения

инсулинотерапии: гипогликемия, аллергия к инсулину, постинъекционная липодистрофия.

При инсулинозависимом сахарном диабете физиологическая диета и инсулинотерапия являются основным методом лечения.

Инсулинонезависимый сахарный диабет – субкалорийная диета, обеспечивающая нормализацию массы тела. Пероральные сахаропонижающие препараты – по показаниям. Диетотерапия является одним из основных методов лечения. На долю углеводов должно приходиться 50–60 % общей калорийности пищи. Рекомендуются хлеб из муки грубого помола, хлеб с добавлением отрубей, немолотые крупы, овощи, фрукты, бобовые. На долю белков должно приходиться не более 15–20 % общей калорийности пищи. Легкая закуска перед сном должна содержать белки, что способствует предотвращению ночной гипогликемии. На долю жиров должно приходиться не более 25–30 % общей калорийности пищи. Рекомендуются снятое или обезжиренное молоко, не более 2–3 яиц в неделю, маргарин вместо сливочного масла, меньше говядины, баранины или свинины, больше рыбы и птицы; сыры с низким содержанием жира. Сахар и сахаристые вещества из рациона исключаются, могут назначаться заменители сахара – ксилит, сорбит. Употреблять их можно только в состоянии компенсации болезни и не более 30 г в сутки, их избыток вызывает диарею. Пероральные сахароснижающие препараты назначаются при отсутствии достаточной компенсации на фоне диетического лечения при инсулинонезависимом сахарном диабете.

Диабетическая гангрена требует госпитализации и полного покоя. Главная цель лечения – сохранить гангрену сухой. По показаниям используются антибиотики, диуретики, сердечные гликозиды. Лечение нейропатии состоит в использовании анальгетиков, седативных препаратов, витаминов. При плановых операциях у больных с инсулинозависимым сахарным диабетом и с удовлетворительной компенсацией терапии не требуется, в случаях полостных операций доза инсулина должна быть уменьшена на

2

/

3

. Прием пищи заменяется внутривенным введением раствора глюкозы 10 %, затем больной переходит на сладкое питье, окончательная доза инсулина подбирается по мере восстановления обычного пищевого режима. При плановых операциях у больных с инсулинонезависимым сахарным диабетом с полной компенсацией от инсулинотерапии в предоперационном периоде можно воздерживаться. Показанием к инсулинотерапии является нарастание гипергликемии. При стабильной гемодинамике инсулин может вводиться подкожно и внутримышечно, при падении артериального давления инсулин вводится внутривенно капельно в изотоническом растворе натрия хлорида. Необходима ликвидация интоксикации, дегидратации, гемодинамических нарушений.

Прогноз заболевания неблагоприятный. Профилактика заключается в рациональном питании, физической активности, предупреждении ожирения, раннем выявлении и лечении лиц на доклинической стадии болезни.

Заболевания, связанные с нарушением питания и обмена веществ

Сестринский уход за больными с заболеваниями обмена веществ

Ожирение. Это общее заболевание организма, характеризующееся нарушением жирового обмена, избыточной массой тела и осложнениями со стороны ряда органов и систем. Факторы ожирения

первичные:

переедание (обильная еда, углеводистый рацион), наследственный фактор, низкая физическая активность, врожденное нарушение деятельности пищевого центра гипоталамуса, гипоталамо-аденогипофизарного комплекса.

Вторичные

факторы ожирения – это травмы черепа (включая родовые), опухоли головного мозга, оперативные вмешательства на головном мозге, облучение головного мозга, инфекционные заболевания с развитием нейроинфекции, интоксикация центральной нервной системы (мышьяком, угарным газом, отдельными видами наркоза), гиподисфункция яичников, щитовидной железы, климактерический фактор, синдром Иценко—Кушинга. Ожирение подразделяется на

локализованное

отложение жира (жировые подушки);

ожирение,

обусловленное избыточным поступлением энергетических ресурсов или приемом лекарственных средств;

болезненное ожирение

и вследствие

избыточности питания.

Алиментарно-конституциональная

форма является наиболее частой формой ожирения. Отмечаются потливость, сонливость, повышенный аппетит, жажда, внезапное чувство голода на фоне слабости, одышка, боли в крупных суставах. Жир равномерно распределяется по всему телу. У молодых лиц при раннем развитии тучности на коже живота, груди, внутренних поверхностях плеч и бедер, пояснице появляются узкие стрии красноватого цвета. Возможны пастозность голеней вследствие лимфостаза или недостаточности кровообращения, повышение артериального давления с последующим более ранним развитием дистрофии миокарда, атеросклеротическим поражением аорты, коронарных, мозговых артерий, артерий нижних конечностей, возникновение ишемической болезни сердца. При

тяжелой

форме ожирения возможно развитие пиквикского синдрома, что проявляется сонливостью, цианозом кожи, периодическим дыханием, судорогами, увеличением количества эритроцитов, гипертрофии правого желудочка, увеличением печени из-за жировой инфильтрации. Развиваются

неврологические

расстройства (астенизация, интеллектуально-мнестическая недостаточность);

эндокринные

нарушения (гипотиреоидное состояние, развитие сахарного диабета, повышенная активность надпочечников, угнетение функции половых желез),

костно-суставные

изменения (остеохондроз, деформирующий спондилез, артрозы в крупных суставах, чаще коленных и тазобедренных),

гиперхолестеринемия, гиперурикемия, увеличение сахара в крови.

Ведение больных:

назначается диета № 8. Больному надо устраивать разгрузочные дни 1–2 раза в неделю: яблочные (1,5 кг яблок в день), кефирные (простокваша или кефир 1,5 л в день), белковые (400–500 г обезжиренного творога в день). Применяются анорексигенные препараты. Используются фенметразин, фепранон, мефолин по 0,025 г 3 раза в день за 30 минут до еды 2–2,5 месяца с такими же перерывами. Регулярно должно проводиться санаторно-курортное лечение.

Профилактика заключается в рациональном питании, исключении переедания, ограничении животных жиров и рафинированных углеводов, достаточной двигательной активности, использовании липотропной терапии.

Алиментарное истощение представляет собой заболевание, обусловленное недостаточностью питания. К развитию заболевания могут приводить алиментарный фактор (недостаточность или неполноценность питания), конституционные особенности организма, условия обитания (метеорологические факторы, характер местности), сопутствующие заболевания. К недостаточности питания относятся:

- квашиоркор (тяжелое нарушение питания, сопровождаемое алиментарными отеками и нарушениями пигментации кожи и волос);
- алиментарный маразм (тяжелое нарушение питания, сопровождающееся маразмом);
- задержка развития, обусловленная белково-энергетической недостаточностью (алиментарная низкорослость (карликовость), алиментарная задержка роста, задержка физического развития вследствие недостаточности питания).

При

I

стадии алиментарной дистрофии появляются общая слабость, быстрая утомляемость. Отмечается уменьшение мышечной силы, появляются мышечные боли, прогрессирующее похудание. Развивается склонность к полиурии, поллакиурии. Возможно появление ранних отеков, которые развиваются остро, быстро, вслед за охлаждением или большой физической нагрузкой. Отеки сочетаются с полиурией, нестойкие, быстро исчезают после кратковременного соблюдения постельного режима. Отечная форма имеет благоприятное течение. При

II

стадии исчезает аппетит, снижаются память, зрение. Прогрессирует исхудание. Появляются поздние отеки (на 2—3-м месяце), которые отличаются стойкостью. Отмечаются исчезновение подкожного жирового слоя, появление атрофии мышц, появление брадикардии со склонностью к гипотонии, урежение дыхания, угнетение желудочной секреции, нарушение кишечного пищеварения, смена запоров на поносы. При

III

стадии развиваются выраженные необратимые нарушения различных органов и систем, кахексическая кома.

Ведение больных:

в первую очередь назначается адекватное восстановительное питание. Оно должно быть дробным, 5–6 раз в сутки, с использованием высокоценных биологических смесей. Для улучшения трофики клеточных структур используются глюкозо-калиевая смесь с витаминами, анаболические гормоны, антиоксиданты и антигипоксанты, аминокислотные энтеральные добавки. Значение имеют регулярно проводимые адекватные физические упражнения.

Прогноз при отсутствии необратимых изменений благоприятный. Профилактика заключается в организации правильного питания, раннем выявлении и лечении начальных



проявлений синдрома дефицита массы тела (диарейных заболеваний, лихорадки, выраженного переутомления, обезвоживания, хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта).

Гиповитаминозы. Это патологическое состояние, которое вызывается дефицитом какого-либо витамина в организме, приводящее к нарушению обмена веществ, с определенными клиническими проявлениями. Непосредственное физиологическое значение для здоровья человека имеют около 20 витаминов, которые не синтезируются в организме или синтезируются кишечной флорой в количествах, недостаточных для обеспечения обменных процессов. К

первичным

факторам гиповитаминозов относится недостаточное содержание витаминов в пище. К вторичным

факторам относятся тяжелая соматическая патология, повышение потребности организма в витаминах (при низких и высоких температурах окружающей среды, повышенном физическом и нервно-мышечном напряжении, кислородном голодании, работе с вредными веществами).

При недостаточности витамина А (ретинола) возникают нарушение сумеречного зрения, поражение конъюнктивы и роговицы (ксерофтальмия), изменения со стороны кожи (фолликулярный гиперкератоз с папулезной сыпью) и волос – сухость, ломкость.

Недостаточность витамина С: появляются слабость, апатия, быстрая утомляемость, повышенная ломкость капилляров (кровоточивость десен, кровоизлияния в толщу икроножных и бедренных мышц с болезненной ригидностью, петехии на туловище и верхних конечностях, положительная проба Нестерова, разрыхленность и синюшность десен), сухость кожи, склонность к инфекционным заболеваниям, субфебрильная или фебрильная температура тела.

При недостаточности витамина В

0

(тиамина) отмечаются психическая и физическая утомляемость, мышечная слабость, дистрофические изменения в сердечной мышце, запоры, периферические полиневриты (парестезии, гиперстезии), появление жестких щетинистых волос.

Недостаток витамина В

2

(рибофлавина) проявляется в: сухости и синюшности губ, появлении на них красной каймы и трещин, образовании в углах рта трещин и корочек, себорейного дерматита в области носогубных складок, язык становится сухим и ярко-красным, со стороны глаз – конъюнктивит и светобоязнь.

При недостаточности витамина В

6

(пиридоксина) имеется повышенная возбудимость, эпилептиформные судороги, глоссит, конъюнктивит, сухой себорейный дерматит. Возможно развитие гипохромной микроцитарной анемии.

Недостаток витамина В

12

(цианокобаламина) характеризуется снижением аппетита, замедлением роста, расстройством координации движений, нарушением репродуктивной функции, развитием гиперхромной В

12

-дефицитной анемии.

При недостаточности витамина РР (никотиновой кислоты, никотинамида) имеются раздражительность, бессонница, заторможенность, подавленное настроение. Язык становится ярко-красным, потрескавшимся, отечным, со сглаженными сосочками. На коже лица, шеи, тыльной поверхности кистей появляется эритема. Отмечаются секреторная недостаточность желудка и поджелудочной железы, поносы.

Недостаток фолиевой кислоты: субфебрильная температура, сухой ярко-красный язык (глоссит), ахлоргидрия, запоры или поносы стеаторейного типа, макроцитарная гиперхромная анемия.

При недостатке витамина Е (токоферола) проявляются дистрофические изменения в миокарде и скелетных мышцах, слабость, быстрая утомляемость, мышечная гипотония.

Для недостаточности витамина F характерно появление гипер-холестеринемии с последующим образованием атеросклеротических бляшек на стенках сосудов.

При недостаточности железа имеются сухая кожа, жесткие щетинистые волосы, изменение ногтей, гипохромная желездефицитная анемия.

#### Алгоритм мероприятий:

во всех случаях проводится  
витаминокоррекция:

витамин А по 30 000–100 000 МЕ в сутки; витамин С от 100 мг до 3 г в сутки;

витамин В

1

по 50—100 мг в сутки или 50—100 мг кокарбоксилазы;

витамин В

2

по 5—50 мг в сутки; витамин В

6

по 25—100 мг в сутки; витамин В

12

по 100 мг в сутки;

витамин РР по 100 мг 2–3 раза в день в сочетании с белковой диетой;

фолиевая кислота 0,1–1 мг в сутки; витамин С по 10—50 мг в сутки.

Для лучшего усвоения витаминов рекомендуется одновременный прием пепсина, натурального желудочного сока, панкреатина. Курс лечения длится 2–4 недели в зависимости от степени выраженности недостаточности витаминов.

Прогноз при своевременно проводимом лечении благоприятный. Профилактика заключается в полноценном питании, контроле качества кулинарной обработки пищи.

Глава 2

Сестринское дело в хирургии

## Понятие о хирургических операциях

Любое оперативное вмешательство состоит из трех периодов: предоперационного, операционного и послеоперационного.

### Предоперационный период

К этому периоду относится время от момента поступления больного в хирургическое отделение стационара до начала проведения операции. В предоперационном периоде осуществляется комплекс мероприятий, направленных на подготовку больного к операции. Условно период подразделяется на 2 этапа.

#### Первый

этап –

диагностический.

В этот период проводятся уточнение основного диагноза, выявление сопутствующих заболеваний, изучение состояния функций жизненно важных органов и систем, установление показаний к операции и определение необходимого объема вмешательства.

#### Второй

этап представляет собой непосредственную предоперационную подготовку.

Он включает лечение основного заболевания, коррекцию нарушенных функций.

Проводимые лечебные мероприятия направлены на максимальное уменьшение опасности операции и предупреждение возможных послеоперационных осложнений. Длительность этого периода бывает различной в зависимости от характера основного заболевания – от нескольких минут до многих месяцев. В ряде случаев предоперационная подготовка может проводиться в профильных специализированных учреждениях: эндокринологическом, гематологическом, кардиологическом, пульмонологическом и т. д.

Медицинским сестрам в этот период отводится значительная роль. К операции больного готовит

постовая

медицинская сестра, она же осуществляет уход за ним после операции.

#### Процедурная

сестра проводит назначаемые манипуляции и процедуры. Осуществляется подготовка основных органов и систем к операции – сердечно-сосудистой, системы кровообращения, дыхательной и пищеварительной, системы мочевого выделения.

Плановые операции не делаются в период менструаций. Для профилактики легочных осложнений перед операцией необходимо научить больного правильно и глубоко дышать и отхаркивать мокроту. Проводится санация полости рта для ликвидации очагов инфекции. Выявляют очаги «дремлющей» инфекции. При обнаружении у больного гнойных заболеваний кожи операция откладывается до излечения воспалительного процесса.

Перед операцией всем больным проводятся

профилактические

мероприятия, которые делятся на общие и специальные.

#### Общие

мероприятия включают подготовку психики больного, для этого вокруг больного создается обстановка, призванная помочь ему быть уверенным в успешном исходе операции. В обязанности медицинской сестры входят: обеспечение полного покоя, по возможности объяснение необходимости проведения операции, убеждение больного в

благополучном исходе операции. Медицинские сестры должны обеспечивать правильное хранение медицинской документации, истории болезни и данные диагностических исследований не должны быть доступны больному.

#### Специальные

мероприятия состоят в проведении ряда специальных исследований, связанных с операцией на данном органе (зондирование сердца, бронхоскопия и др.). Операции обычно проводят натощак. Накануне больному не разрешают ужинать, ставят очистительную клизму. Вечером перед операцией больной принимает ванну, меняет постельное и нательное белье. В день операции сбривают волосы в области операционного поля с учетом вероятности возможного расширения операционного доступа. При подготовке операционного поля при наличии раны вначале срезают повязку, затем рану накрывают стерильной салфеткой, кожу вокруг раны обрабатывают спиртом, волосы сбривают сухим способом. Все движения должны проводиться в направлении от раны. В операционную больного доставляют на каталке в сопровождении медицинской сестры. При необходимости может продолжаться введение лекарственных веществ, проводиться искусственная вентиляция легких. Если у больного имеется наружное кровотечение, то его доставляют в операционную со жгутом на конечности, который снимают непосредственно перед операцией или во время нее. При открытых переломах больных доставляют в операционную с наложенными повязками и иммобилизационными шинами.

#### Операционный период

Хирургическая операция представляет собой воздействие на организм и ткани, осуществляемое средствами механического (реже физического) характера. Хирургические операции могут быть кровавыми и бескровными. Большинство операций относится к кровавым, поскольку при них рассекаются кожа или слизистая оболочка. В последние годы расширяется круг бескровных операций, проводимых на многих органах человека. Операции выполняются с помощью эндоскопов. Эндоскопические операции получили распространение при вмешательствах на органах брюшной полости. Помимо хирургов, ими пользуются специалисты смежных хирургических специальностей – гинекологи, кардиохирурги, урологи, травматологи.

В зависимости от целей вмешательств различаются радикальные и диагностические операции.

#### Лечебные

могут быть радикальными, когда излечения больного добиваются путем удаления патологического очага или органа (аппендэктомия, гастрэктомия, холецистэктомия и т. д.); и паллиативными, когда полное излечение заболевания невозможно и операция предпринимается для облегчения страдания больного (гастростомия, трахеостомия и др.).

#### Диагностические

операции выполняются с целью уточнения диагноза заболевания.

Во время операций первоначально предпринимаемые диагностические операции могут переходить в лечебные и наоборот. Различаются следующие типы операций:

- с удалением патологического очага;
- восстановительно-реконструктивные;
- пластические.

Хирургические операции могут выполняться в один, два и более этапов. Большинство операций выполняются в один этап. К многоэтапным операциям относится кожная пластика по Филатову.

В зависимости от срочности проведения различаются экстренные, срочные и плановые хирургические операции.

Экстренные операции

– это те, которые необходимо выполнять немедленно, поскольку промедление может резко ухудшить прогноз заболевания

(могут возникнуть кровотечения, асфиксия, прободение полых органов брюшной полости).

К

срочным операциям

относятся вмешательства, которые нельзя отложить из-за прогрессирования болезни

(например, рак).

Плановые хирургические операции

не ограничиваются сроками выполнения, вред здоровью больного это не приносит.

В зависимости от возможности заражения операционной раны во время оперативного вмешательства патогенной флорой операции делятся на асептические, не асептические и гнойные. К

асептическим

операциям (чистым операциям) относятся вмешательства, когда у больного нет хронических очагов инфекции, а во время операции отсутствует контакт раны с содержимым полых органов. При не асептических

операциях вскрываются просветы полых органов (желудка, кишечника).

Гнойные

операции выполняются при наличии гнойного очага.

Опасность хирургической операции не должна превышать опасности самого заболевания. Тем не менее проведение любой хирургической операции сопряжено с определенным риском. Риск проведения хирургических операций увеличивается у лиц пожилого и старческого возраста, у больных с сопутствующей патологией.

Факторы, влияющие на риск операции:

состояние больного;

экстренность и объем операции;

возраст (высокий риск отмечается у грудных детей и у пожилых людей);  
пол (риск выше у мужчин); продолжительность операции; операции на жизненно важных органах; квалификация анестезиолога;  
отсутствие необходимой аппаратуры и оборудования.

Различаются пять степеней

операционного риска:

незначительная; умеренная; относительно умеренная; значительная; чрезвычайная.

Одновременно с операционным риском существует

риск анестезиологический.

В настоящее время смерть от анестезии составляет 5,9 случаев на 10 000 анестезий. Более чем в половине случаев смерть от наркоза наступает у практически здоровых людей. Для проведения оперативных вмешательств имеются абсолютные  
и

относительные  
показания.

Абсолютные показания определяются показателями жизненной необходимости (перфоративная язва). В этих случаях только оперативное вмешательство может предотвратить смертельный исход. Проведение экстренных операций расширяется. Операции проводятся при трансплантациях, эмболиях, инфарктах миокарда и мозга. Показаниями к проведению экстренных операций являются кровотечения, шок, перитонит, непроходимость кишечника, нарушения дыхания.

Показаниями к проведению плановых операций являются:

- пороки развития и заболевания, неопасные для жизни, но нарушающие функцию органов (доброкачественные опухоли, деформация конечностей);
- заболевания, создающие моральную неполноценность (уродства, рубцы);
- болезни, способствующие гибели органа (гидронефроз, сухая гангрена);
- заболевания, ведущие к утрате или снижению трудоспособности;
- выраженный болевой синдром;
- заболевания, грозящие развитием жизненно опасных осложнений (язва, желчнокаменная болезнь, зоб).

Операции при этих состояниях носят профилактический характер и имеют целью избежать больного от опасности возникновения осложнений, высокого риска их проведения при экстренных ситуациях. Плановые операции могут выполняться также по косметическим, профилактическим показаниям.

Термин «относительные показания к операции» применяется в том случае, когда заболевание не представляет собой непосредственной угрозы для жизни больного, но результат оперативного лечения может значительно улучшить его состояние (при калькулезном холецистите).

Во время операции присутствуют  
операционная  
сестра и  
сестра-анестезист.

Операционная сестра помогает хирургу во время операции, сестра-анестезист помогает врачу-анестезиологу во время дачи наркоза. Во время операции запрещается излишнее

хождение. Никто из присутствующих на операции лиц не должен подходить ближе 1 м к инструментальному столу или проходить между инструментальным и операционным столами. Вход и выход из операционной разрешаются только между операциями. Операционная сестра должна следить за работой операционной санитарки, чтобы она не нарушала стерильности.

#### Послеоперационный период

К этому периоду относится время с момента окончания операции до выздоровления больного. Основная задача послеоперационного периода заключается в предупреждении возможных осложнений с учетом характера и тяжести самого заболевания и выполненной операции. В послеоперационном периоде выделяются две фазы: сенсбилизация – реакция на всасывание белков, образующихся вследствие операционной травмы; десенсбилизация – фаза выздоровления, которая обычно наступает через 5—14 дней после операции.

Послеоперационный период бывает  
ранним  
и  
поздним.

К раннему периоду относится время от момента окончания операции и до 5—10 суток после операции. Могут появляться рвота, послеоперационный шок, кровотечения и др. В позднем послеоперационном периоде могут отмечаться появление гематом и нагноения ран, несостоятельность швов. При операциях на органах брюшной полости могут развиваться парез кишечника и перитонит, возникнуть осумкованные гнойники, произойти эвентерация, появиться кишечные свищи. За послеоперационными больными требуется тщательный сестринский уход. При плохом уходе может возникнуть ряд осложнений: пролежни, инфильтраты и абсцессы на месте инъекций, цистит, пневмония, тромбофлебит.

Все больные после выполнения операции должны быть доставлены в отделение, транспортировка после операции пешком недопустима!

После больших полостных операций, выполненных под эндотрахеальным наркозом, больные должны помещаться в отделение реанимации на первые послеоперационные сутки. В отделении должны быть две послеоперационные палаты – мужская и женская. Они должны размещаться рядом с манипуляционной, перевязочной и сестринским постом. В палатах должны быть функциональные кровати, централизованная система подачи кислорода, централизованная система связи с сестринским постом. Больных после наркоза укладывают в теплую постель на спину с повернутой головой набок (чтобы предупредить западение языка) на 4–5 часов без подушки, обкладывают грелками. Будить больного не следует. Сразу же после операции на область операционной раны желательно положить мешок с песком или резиновый пузырь со льдом на 4–5 часов. Это приводит к сдавлению и сужению мелких кровеносных сосудов и предупреждает скопление крови в тканях операционной раны. Холод успокаивает боль. В первые 2–3 часа после наркоза больному не дают пищу и воду. При появлении рвоты голову больного поворачивают набок, ко рту подставляют лоток или подкладывают полотенце, из полости рта удаляют рвотные массы. При рвоте после наркоза эффективно введение под кожу 1–2 мл церукала. Сразу же после пробуждения больного от наркоза его нужно заставить периодически производить глубокие вдохи и выдохи, движения верхних и нижних конечностей. При стабильном состоянии больные в дальнейшем переводятся в обычную палату. После непустых операций средней тяжести, при хорошем самочувствии больной может вставать около постели на другой день. Постовые медицинские сестры у послеоперационных больных должны проводить:

- профилактику паротита: стимуляцию слюноотделения (полоскание рта, протирание ротовой полости растворами перекиси водорода, глицерином, лимоном, дачу жевательных резинок);
- профилактику бронхита и пневмонии: раннюю дыхательную гимнастику, массаж грудной клетки, паровые ингаляции, банки, горчичники;
- профилактику цистита: контроль мочеиспускания, катетеризацию мочевого пузыря;
- контроль состояния раны;
- контроль за дренажами: необходимо контролировать проходимость дренажей, функционирование активных дренажей;
- профилактику пролежней: требуются уход за кожей, сухая постель без складок, надувной резиновый круг под крестец, поворачивание больного, протирание кожи спиртовыми растворами;
- асептические мероприятия.

Риск развития осложнений тем ниже, чем успешнее прошла операция, а также, если были соблюдены все необходимые условия ведения послеоперационного периода.

#### Сестринский процесс при заболеваниях органов грудной клетки

Операции на легких в большинстве случаев проводят в профильных (пульмонологических) отделениях или клиниках. При госпитализации больных в общехирургическое отделение для них лучше выделять отдельные палаты, поскольку у больных нередко отмечается наличие очагов гнойной инфекции, они сильно кашляют, выделяют много мокроты с неприятным запахом. У таких больных необходимо восполнять потери белка высококалорийной пищей, проводить переливание крови и кровезаменителей.

Операции на грудной стенке и органах грудной полости требуют общей предоперационной подготовки.

Для освобождения бронхиального дерева от мокроты применяют дренажное положение. Без подушки с опущенным головным концом кровати больной поворачивается в разные стороны и старается максимально отхаркивать мокроту. Для трахеобронхиального туалета проводят трахеобронхоскопию с отсасыванием секрета и введением растворов соответствующих препаратов. Перед операцией проводится тщательное бритье подмышечных впадин. Положение больного: до выхода из наркоза больной должен находиться в кровати без подушки или с опущенным головным концом кровати; после выхода из состояния наркоза больному придают возвышенное положение, наиболее удобное для дыхания, отхаркивания мокроты, работы сердца. Внимание уделяется проведению кислородотерапии, отсасыванию мокроты катетером или аспиратором. Необходимо следить за герметичностью резинового дренажа, оставляемого после операции для эвакуации скопления воздуха и жидкости. Нарушение герметичности дренажа может вести к засасыванию воздуха и сдавлению сердца и легких. При этом состояние больных ухудшается, учащаются пульс, дыхание, появляется синюшность. Борьба с явлениями застоя в легких: при малейших его признаках необходимо ввести через носовой ход тонкий зонд и эвакуировать содержимое желудка.

После операций на легких и плевре (при отсутствии туберкулеза и легочно-сердечной недостаточности) показано лечение на климатических приморских, горных и лесных курортах.

#### Сестринский процесс при заболеваниях щитовидной железы

Показаниями



к проведению операций на щитовидной железе являются наличие большого зоба с угрожающими для жизни явлениями (такими, как сдавление трахеи, пищевода, крупных сосудов), быстрое увеличение щитовидной железы, несмотря на проводимое лечение, тяжелое течение тиреотоксикоза с развитием осложнений, наличие поверхностно расположенного твердого зоба, узлов.

## В

### предоперационном периоде

у больных применяют препараты, тормозящие функцию щитовидной железы (дийодтирозин, мерказолил), раствор Люголя. В тяжелых случаях показан постельный режим. Истощенным больным назначают вливание раствора глюкозы 40 % с инсулином. Для нормализации сна, снятия возбуждения и эмоционального напряжения применяют бромиды, валериану, аминазин, седуксен, димедрол, пипольфен. В послеоперационном периоде существует опасность возникновения надпочечниковой недостаточности, поэтому с целью профилактики за 1–2 дня до операции вводят гидрокортизон.

### После операции

наиболее удобное положение для больного полусидячее с несколько наклоненной вперед головой для расслабления мышц шеи. Важно фиксировать внимание на звучности голоса. Осиплость является признаком операционной травмы возвратного нерва. При наличии препятствий выше голосовых связок может быть наложена трахеостома. Основная задача при уходе за такими больными состоит в поддержании проходимости трахеи и трахеотомической трубки. Трубка может заполняться слизью, что будет затруднять дыхание. В палате около больного должен находиться отсасывающий аппарат, для того чтобы в любой момент можно было удалить содержимое трахеи эластичным стерильным резиновым катетером, проведенным через трахеотомическую трубку.

## Сестринский процесс при заболеваниях сердца

### Предоперационная подготовка

больных с диффузными дистрофическими изменениями миокарда, врожденными пороками сердца

должна включать оксигенотерапию, витаминотерапию, коррекцию метаболических процессов в миокарде, гормонотерапию (анаболическими гормонами). Больным назначается высококалорийная диета, содержащая повышенное количество витаминов и белков, с уменьшением объема животных жиров, жидкостей, соли. Оксигенотерапию рекомендуется проводить в кислородной палатке. Наилучшие результаты дает вдыхание газовой смеси, содержащей кислорода 30–45 %, в течение 30–40 минут, повторяемое в течение дня от 4 до 8 раз. Это снижает гипоксию миокарда, улучшает состояние сердечно-сосудистой системы. Назначаются витамины группы В, кокарбоксилаза, витамин С, АТФ, ретаболит и нерабол. Все это способствует улучшению синтеза белков, ликвидации нарушений электролитного баланса.

Предоперационная подготовка  
больных ишемической болезнью сердца (со стенокардией и постинфарктным кардиосклерозом)

включает назначение постельного режима, проведение симптоматического и общеукрепляющего лечения. При болях в области сердца используются нитраты – быстродействующие и пролонгированного действия. Назначаются седативные препараты.

Предоперационная подготовка  
больных с сопутствующей гипертонической болезнью начинается с первых дней поступления в стационар.

Обычно назначается гипотензивный препарат, который был наиболее эффективен у больного до его госпитализации. При гипертонических кризах назначают прием препаратов, быстро снижающих артериальное давление (нифедипин), назначают мочегонные препараты (гипотиазид, фуросемид и др.).

Сестринский процесс при заболеваниях органов брюшной полости

В

предоперационном периоде

при операциях на желудке в течение нескольких дней проводят опорожнение желудка с помощью зонда и промыванием до светлых вод.

Операции на толстой кишке требуют специальной подготовки кишечника. Назначается диета, не содержащая шлаки, используются слабительные средства. В течение нескольких дней до операции назначаются очистительные клизмы, за 2–3 дня до операции – антибиотики широкого спектра действия парентерально. В случаях экстренной операции или явлений кишечной непроходимости обязательно должен быть промыт желудок для предупреждения рвоты или регургитации во время наркоза. Больных с кишечной непроходимостью доставляют в операционную с введенным назогастральным зондом.

Послеоперационный период.

На органах брюшной полости под местным обезболиванием больного нужно уложить в постель так, чтобы рана находилась в покое. Наиболее удобным является положение с приподнятым головным концом кровати и слегка согнутыми ногами. Такое положение способствует расслаблению брюшной стенки, обеспечивает покой для операционной раны, облегчает дыхание и кровообращение.

После операции на желудке медицинская сестра должна следить за отсутствием кровотечений. При этом наиболее показательный симптом кровотечения – кровавая рвота – имеется не всегда. Кровотечение может протекать с преобладанием общих симптомов – бледности кожных покровов, учащения и изменения наполнения пульса, падения артериального давления.

При уходе за больными после операции на толстом кишечнике большое значение имеет правильная организация режима питания. Больным опасно загружать кишечник и вызывать раннюю перистальтику. Кормить больного нужно строго по предписанию врача.

При непроходимости кишечника иногда для его опорожнения временно или постоянно накладывают свищ на кишку. От того, в каком месте наложили свищ, будет зависеть характер отделяемого: оно будет жидким из свища на тонкой кишке (энтеростома) или иметь вид оформленного кала при свище на толстой кишке (колоностома).

Уход за больными с кишечными свищами:

- частые перевязки, чтобы предупредить раздражение и воспаление кожи вокруг свища;
- после каждого опорожнения на выступающую слизистую оболочку кишки противоестественного заднего прохода необходимо положить салфетку, смоченную вазелиновым маслом, покрыть ее марлевыми салфетками и ватой;
- укреплять повязку лучше бинтами или специальными бандажами (применять клеол, пластырь не рекомендуется, поскольку частая смена клеевых повязок ведет к раздражению кожи и дерматитам). Для защиты кожи от действия кишечного содержимого в используемые пасты и мази добавляют молочную кислоту, бикарбонат натрия, что способствует нейтрализации трипсина при соприкосновении его с кожным покровом.

При операциях по поводу заболеваний прямой кишки и заднего прохода (геморроя, полипов, трещин) в прямую кишку по их окончании вводятся масляные тампоны и резиновая трубка. Поэтому медицинская сестра должна помнить о том, что у таких больных повязка может промокать кровью и мазью. Нужно подготавливать правильно постель больного, защищать матрац клеенкой. Перевязку обычно делают на третьи сутки с момента операции. Она очень болезненна, поскольку сопровождается сменой тампонов. Для уменьшения боли за 30–40 минут до начала перевязки под кожу больного вводят наркотические анальгетики, а перевязки делают после сидячей ванны с раствором марганцовокислого калия.

Операции на печени и желчных путях: возможно развитие угрозы послеоперационных кровотечений. Такие больные нередко страдают желтухой, свертывающая способность крови у них снижена. Особо внимательно необходимо следить за повязкой, показателями пульса и артериального давления.

В

послеоперационном периоде

больным желчнокаменной, почечно-каменной и язвенной болезнью показано курортное лечение. Направлять на лечение рекомендуется не ранее чем через 2 месяца после операции, при окрепшем послеоперационном рубце и удовлетворительном общем состоянии.

Заболевания магистральных артерий

Аневризма аорты

Аневризма аорты представляет собой патологическое расширение аорты на определенном участке сосуда веретенообразной или мешковидной формы.

Наиболее частыми причинами являются атеросклероз и сифилис. Реже встречаются травматические, микотические аневризмы. В части случаев аневризма аорты

развивается вследствие гигантоклеточного аортита или на почве врожденных пороков развития (таких, как коарктация аорты, синдром Марфана). Место локализации – любое. Стенка аорты, утратившая свои упруго-эластические свойства, на этом участке растягивается и выпячивается. Понижение сопротивляемости стенки аорты ведет к дальнейшему росту аневризмы. Со временем стенка аневризмы полностью утрачивает структуру аорты и превращается в соединительно-тканый мешок, частично или полностью заполненный тромботическими массами, которые служат источником эмболий. Нередко в стенку аневризмы откладывается известь.

Особым видом аневризмы аорты является  
расслаивающая аневризма,  
возникающая вследствие разрыва интимы.

Кровь, проникая под интиму, расслаивает аорту на значительном протяжении, образуя две концентрически расположенные полости.

Различаются аневризмы восходящей аорты, дуги аорты, нисходящей аорты и брюшной аорты. Аневризмы восходящей аорты часто прорываются в верхнюю полую вену. Аневризмы дуги аорты прорываются в трахею, бронхи, пищевод; при повреждении нисходящего отдела аорты кровь прорывается в легкое или пищевод, вызывая обильные кровотечения. При аневризме брюшной аорты в 45–80 % случаев происходит ее разрыв, приводящий к гибели больных. Чаще всего прорыв происходит в забрюшинную клетчатку, брюшную полость, двенадцатиперстную кишку. Лечение только хирургическое.

Атеросклеротические окклюзии ветвей дуги аорты

Атеросклеротические окклюзии ветвей дуги аорты приводят к уменьшению или прекращению притока крови к верхним конечностям. Различаются

полные

и

неполные, сегментарные

и

диффузные

окклюзии. По форме окклюзии бывают проксимальными (у места отхождения аорты) и дистальными, одиночными и множественными.

В 50–70 % окклюзии бывают множественными.

Клинические проявления зависят от локализации окклюзии, быстроты ее развития и степени компенсации в зависимости от достаточности коллатерального

кровообращения: для поражения сонной артерии характерны приступы преходящих неврологических расстройств в результате недостаточности кровообращения в бассейне средней и передней мозговой артерии; окклюзия позвоночной артерии приводит к недостаточности кровотока в бассейне основной артерии мозга и сопровождается симптомами выпадения со стороны мозгового ствола, продолговатого мозга и мозжечка; окклюзия подключичной артерии ведет к недостаточности кровообращения верхней конечности с явлениями ишемии: возникают слабость руки, ее быстрая утомляемость, чувство онемения, парестезии.

При выявлении у больного окклюзии показано оперативное лечение в зависимости от общего состояния.

Коарктация аорты, стеноз перешейка аорты

Коарктация аорты, стеноз перешейка аорты представляют сужение или атрезию аорты на ограниченном участке, наиболее часто расположенные в грудной части в области впадения артериального протока (в перешейке аорты). Реже сужение располагается в других отделах аорты на всем ее протяжении. Большинство симптомов при коарктации аорты связано с повышением давления в сосудах, отходящих ниже сужения. Чаще больные предъявляют жалобы на головные боли, слабость в ногах, быструю утомляемость, носовые кровотечения. Отмечаются головокружения, шум в ушах, ощущение пульсации в области головы и шеи, сердцебиение, одышка. С течением времени нарушения гемодинамики становятся более выраженными. Свыше 70 % больных умирают до 40 лет от осложнений, вызываемых гипертонией: к ним относятся разрывы мозговых артерий или аорты, сердечная недостаточность, эндокардиты, осложнения со стороны глаз (кровоизлияния в сетчатку глаз, ретинопатия) и почек (нефриты, почечная недостаточность).

Радикальным методом лечения является хирургический способ. Оптимальные условия для проведения операции имеются у молодых людей в возрасте 15–20 лет. В послеоперационном периоде у большинства больных артериальное давление нормализуется, исчезает градиент (перепад) давления между верхней и нижней половиной туловища, восстанавливается пульс на сосудах нижних конечностей. У части больных, особенно оперированных в возрасте старше 25 лет, сохраняются остаточные признаки гипертензии. Для ее лечения используется современная гипотензивная терапия, которая должна назначаться курсами.

Окклюзии артерий нижних конечностей

Причины окклюзии артерий нижних конечностей: облитерирующий атеросклероз, облитерирующий эндартериит (эндартериоз), облитерирующий тромбангиит (болезнь Бюргера). Основным симптомом является перемежающаяся хромота, которая ограничивается стопой и нижним отделом голени. В зависимости от степени компенсации приступы перемежающейся хромоты могут наблюдаться через различные расстояния (от 20–30 до 500–1000 м). Нередко появлению перемежающейся хромоты предшествует период неопределенных болевых ощущений в стопе и голени, парестезий. Большинство больных отмечают повышенную зябкость стоп, быструю утомляемость, нередко судороги.

Возникновение болей в покое, ночных болей свидетельствует о резкой ишемии дистальных отделов конечности и является угрожающим признаком. Течение заболевания прогрессирующее. Часто развивается гангрена стопы, приводящая к ее ампутации. При облитерирующем эндартериите нередко наблюдаются длительные ремиссии.

Лечение должно быть направлено на устранение факторов, способствующих спазму сосудов: охлаждение, переутомление и др. Должно быть запрещено курение. Больные должны носить мягкую теплую обувь, соблюдать гигиену ног. Медикаментозное лечение предусматривает использование препаратов, действие которых направлено на устранение спазма сосудов, снятие болевого синдрома, стимуляцию коллатерального кровообращения. При проведении комплексного лечения в ранних стадиях заболевания могут быть достигнуты стойкая ремиссия или излечение.

Развитие гангрены и ее прогрессирование требуют ампутации, которую в большинстве случаев лучше производить в нижней трети бедра, где лучше условия для заживления раны. Для определения уровня ампутации следует проводить ангиографию.

В послеоперационном периоде должно проводиться медикаментозное лечение, в частности длительная антикоагулянтная терапия.

**Артериальная непроходимость острая**

Данное состояние объединяет эмболии и тромбозы, вызывающие внезапное прекращение тока крови в артериях и явления острой ишемии. Источником эмбола в подавляющем большинстве служат тромбозы различной локализации: тромбоз ушка и левого предсердия, язвенный атероматоз и пристеночный тромбоз аорты и магистральных артерий. Эмболия может быть вызвана каплями жира при переломах, опухолевыми клетками, воздухом, инородными телами. Оторвавшийся эмбол чаще всего останавливается в области разветвления артерии, закрывая основной ствол и отходящую от него ветвь. При эмболии артерий развиваются тяжелые нарушения кровообращения. Эмболия конечностей сопровождается внезапной резкой болью, побледнением и похолоданием конечностей, снижением или потерей кожной и глубокой чувствительности, нарушением функции конечности. Отмечается отсутствие пульса дистальнее места закупорки.

Эмболия бифуркации аорты протекает с резким болевым синдромом в обеих нижних конечностях, сильнейшими болями в низу живота, затрудненным мочеиспусканием. Общее состояние больных обычно тяжелое, что связано с коллапсом или шоком. Движения в голеностопных и коленных суставах отсутствуют, кожная и глубокая чувствительность снижена до уровня пуартовых связок. Пульс на артериях нижних конечностей не определяется с обеих сторон. Коллатеральное кровообращение восстанавливается редко. При своевременно не оказанной помощи большинство больных погибает от сердечной слабости, интоксикации при гангрене нижних конечностей.

Эмболия легочной артерии развивается всегда неожиданно и характеризуется резкой болью в груди, тяжелой одышкой, удушьем, быстро наступающим общим цианозом, падением сердечной деятельности и потерей сознания. При закупорке основного ствола легочной артерии смерть наступает в течение 5—15 минут от резкого спазма ветвей легочной артерии и коронарных сосудов с последующим мерцанием желудочков. Если эмбол проходит в одну из ветвей легочной артерии и ее разветвления, то возможно развитие инфаркта легкого.

Лечение больных с острой артериальной непроходимостью начинается с применения болеутоляющих и спазмолитических средств. В дальнейшем назначаются антикоагулянты (гепарин, фраксипарин, варфарин) в сочетании с новокаиновой блокадой и спазмолитическими средствами. При отсутствии эффекта от лечения в течение 8 ч после начала заболевания необходимо проведение эмболэктомии. При первичном тромбозе артерии с нарастающей ишемией конечности показано оперативное лечение.

**Синдром Лериша (окклюзия бифуркации аорты)**

Наиболее часто окклюзия бифуркации аорты и подвздошных артерий возникает на почве язвенного атеросклероза и тромбоза дистального отдела брюшной аорты и подвздошных артерий. В 80 % случаев процесс начинается в области развилки общих подвздошных артерий, откуда тромбоз распространяется вверх по аорте. Более редко наблюдаются случаи с первичным поражением брюшной аорты, а подвздошные артерии остаются проходимыми. Подавляющее число больных составляют мужчины в возрасте от 35 до 60 лет. Наиболее постоянными симптомами являются быстрая утомляемость и чувство онемения в ногах, боли при ходьбе в икроножных мышцах, мышцах бедер, ягодиц и поясницы, высокий уровень перемежающейся хромоты. Отмечаются повышенная зябкость, чувствительность ног к холоду, нарастающая половая слабость, импотенция. Появляются атрофия мышц нижних конечностей, различные трофические расстройства, выпадение волос, сухость кожи, гиперкератоз. На бедренных артериях пульс ослаблен или отсутствует. Нередко первой жалобой, которая приводит больного к врачу, является импотенция. Консервативное лечение при синдроме Лериша обычно малоэффективно. Показания к операции зависят от общего состояния больного, состояния сердечно-сосудистой системы, функции печени, почек. Основным противопоказанием к операции служит нарушение проходимости периферического сосудистого русла.

После операции на сосудах больные должны длительное время (месяцы, годы) принимать антикоагулянты, статины, витамины, ходить в мягкой, теплой обуви, избегать переохлаждений.

## Травмы

### Вывихи

#### Вывихи

являются последствием прямого или непрямого внешнего насилия, которое вызывает в суставе движение, переходящее физиологические границы.

При вывихе имеют место разрыв капсулы, смещение суставной головки из суставной впадины. Головка через щель разорванной суставной капсулы смещается вне сустава. Капсула не рвется только при вывихе нижней челюсти. Вывихи бывают

закрытыми

и

открытыми, свежими

и

застарелыми, привычными, приобретенными, врожденными

и

патологическими.

Для всех вывихов характерен общий симптомокомплекс:

острая боль, острое нарушение функции, отсутствие активных движений, возможность пассивных движений (пружинящие движения), изменения конфигурации сустава, изменение оси конечности, относительное укорочение, редко удлинение.

Вывихи ключицы бывают у акромиального и стернального конца. Различаются супра-, анто-

и

ретростернальные

вывихи. Такие вывихи чаще всего происходят от прямого насилия. Репонированные кости не всегда удается фиксировать, нередко требуется оперативное вмешательство. Первая помощь заключается в подвешивании руки на косынке, введении обезболивающих средств.

Вывих плечевой кости встречается очень часто. Различаются передние, нижние

и

задние

вывихи. Обычно больные сами находят такое положение, при котором боли в плечевом суставе уменьшаются. Они поднимают и поддерживают руку здоровой рукой. Опускать руку насильственно не рекомендуется.

При необходимости иммобилизации в подмышечную впадину вкладывают большой ватно-марлевый валик и руку прибинтовывают к туловищу. Кисть и предплечье подвешивают на косынку. Вводятся обезболивающие средства (2 мл 50 %-го раствора

анальгина). Вправление в амбулаторных условиях не проводится, за исключением привычного вывиха. Вправление возможно без анестезии или под наркозом или местной анестезией. Чаще используется способ вправления по Джанелидзе:

больному вкладывают в вывихнутую руку тяжесть весом от 3 до 4 кг на срок не менее 20 минут, это приводит к расслаблению мышц плечевого пояса, в результате вывих очень часто вправляется самостоятельно, в иных случаях необходимо дополнительно делать небольшие ротационные движения. Щелкающий звук свидетельствует о том, что головка вправилась.

Вывих в локтевом суставе по частоте встречаемости занимает второе место. Вывихи бывают задними, передними и боковыми.

Бывают вывихи отдельных костей предплечья. Вправление вывиха обычно производится под общим наркозом, при этом одновременно осторожное переразгибают и тянут за предплечье. Показаны ранние физиотерапевтические процедуры.

Вывих в тазобедренном суставе встречается довольно редко (около 3 % всех вывихов). По отношению к вертлужной впадине различаются верхние, нижние, передние и задние

вывихи (встречаются наиболее часто). Задний вывих называется также подвздошным. При этом вывихе нога согнута, приведена и укорочена. При переднем вывихе нога разогнута, отведена и повернута наружу. При верхнем вывихе нога укорочена, повернута вбок, разогнута и приведена. При нижнем вывихе нога согнута, ротация возможна, разгибание невозможно. Вправление производится под наркозом. В тазобедренном суставе встречается врожденный вывих – одно- или двусторонний.

Вывих в лучезапястном суставе встречается чрезвычайно редко, подразделяется на тыльный и ладонный.

Вправление производится вытяжением и разгибанием при тыльном вывихе, сгибанием – при ладонном вывихе.

Вывих основной фаланги большого пальца бывает тыльным, вправляется путем тыльного сгибания.

Вывих коленного сустава встречается очень редко. Может быть спереди и сзади, боковые вывихи бывают всегда неполными.

Вывихи надколенника. Диагноз относительно не труден. Нога слегка согнута в коленном суставе, голень несколько приведена и ротирована. Вправление удается относительно легко путем медленного вытяжения за голень.



Вывихи позвоночника обычно встречаются в его шейном отделе. Вывих может быть односторонним и двусторонним. Для этого вывиха характерны боли, вынужденное положение головы, движения ограничены.

Вывихи нижней челюсти встречаются часто. Они бывают передними и задними, двусторонними и односторонними, острыми, застарелыми, привычными. Смещение головки наружу и внутрь сочетается с переломом межмышечкового отростка. Рот становится широко открытым, закрыть его невозможно даже при применении усилий, изо рта выделяется слюна, в области височно-нижнечелюстных суставов отмечается боль. Прием пищи невозможен. Вывих вправляет врач. Стационарное лечение показано при безуспешности вправления вывихов. При привычных вывихах производится операция для увеличения высоты суставного бугорка и уменьшения размеров суставной капсулы.

Все вывихи должны быть вправлены как можно раньше. Травмированный участок должен быть зафиксирован.

Повреждения сухожилий

Отрывы и разрывы сухожилий происходят в результате внезапного и резкого сокращения мышц. Чаще всего наблюдаются разрывы и отрывы сухожилия длинной головки двуглавой мышцы плеча, отрывы сухожилия двуглавой мышцы у прикрепления ее к бугристой поверхности лучевой кости, разрывы ахиллова сухожилия и отрывы сухожилия разгибателя пальца у прикрепления к ногтевой фаланге. На месте травмы появляются болезненность, припухлость, кровоподтек, ограничение движений и понижение силы. Быстро развиваются атрофия мышц и контрактура. Отрывы и разрывы сухожилий двуглавой мышцы и икроножной мышцы лечат в стационаре оперативным способом. При отрыве сухожилия разгибательной мышцы палец фиксируют в течение 6 недель при помощи гипсовой повязки или специальной шины в положении, при котором ногтевая фаланга находилась бы в максимальном разгибании, а средняя фаланга была бы согнута на 60°.

Переломы

Перелом представляет нарушение целостности кости под влиянием действующей силы, превышающей эластичность кости.

Если нарушение целостности происходит не полное, повреждение называется трещиной, надломом.

По линии излома различаются поперечные, спиральные, косые переломы.

Когда кость ломается на несколько осколков, такой перелом называют оскольчатым.

Вколоченные переломы отмечаются при вклинивании нижнего отломка в верхний.

Существуют также компрессионные переломы.

По характеру приложения травмирующей силы различают прямые и не прямые переломы.

Если при нарушении целостности кости кожные покровы целы, то имеется закрытый перелом. Переломы называются открытыми, если костные обломки торчат наружу.

Характерные признаки:

- острая боль;
  - нарушение функции;
  - нередко отмечается искривление оси конечности;
  - припухлость и необычная подвижность;
  - укорочение конечности и крепитация на месте перелома.
- Указанные признаки будут отсутствовать при трещине, вколоченном и поднадкостничном переломах. Болезненность всегда имеет локальный характер. При видимой патологической подвижности и отсутствии крепитации необходимо думать о западении между отломками мягких тканей.

Лечение ставит целью не только консолидацию фрагментов, но и правильное их анатомическое сращение, восстановление утраченной функции. На

догоспитальном этапе

накладывается иммобилизационная повязка, проводится обезболивание, пострадавший должен быть доставлен в стационар. Для снятия боли вводится анальгетик.

В условиях стационара:

при репозиции фрагментов применяется обезболивание. Периферический отломок подводится к фиксированному центральному отломку и ставится в таком же направлении. Фиксация достигается путем применения гипсовых повязок, лонгет или вытяжения – скелетное. При внутрисуставных переломах с дислокацией отрывков применяется костный шов. Сроки заживления перелома:

ключица  
– 25–30 дней;  
ребро  
– 14–20 дней;  
плечо  
– 30–48 дней;  
лучевая кость  
– 30–33 дня;  
локтевая кость  
– 33–37 дней;  
шейка бедра  
– 50–55 дней;  
диафиз бедра  
– 55–60—70 дней;  
надколенник  
– 45–55 дней;  
большеберцовая кость  
– 50–60 дней;  
малоберцовая кость  
– 27–33 дня;  
фаланга пальца  
– 18—20 дней;  
пястные и плюсневые кости  
– 20–25 дней.

Перелом бедра, диафиза. Методом выбора лечения является вытяжение. Широко применяется гипс в виде кокситной повязки, особенно как транспортная повязка. При скелетном вытяжении спицу проводят над коленным суставом или через бугристость большой берцовой кости. У детей при таком переломе применяют вытяжение аппаратом Илизарова. Перелом в нижнем конце бедра лечится также преимущественно вытяжением.

Перелом шейки бедра встречается часто в возрасте старше 50 лет. Бывает внутрисуставным и внесуставным.

Характерными признаками являются укорочение конечности, поворот ее кнаружи и приведение. Нередко встречаются вколоченные переломы, при которых рекомендуется покой. При свободных переломах иногда применяют кокситную повязку, вытяжение. Используются фиксация специальным гвоздем.

Перелом ключицы составляет до 5 % всех переломов. При падении на вытянутую руку происходит перелом на типичном месте – это граница между средней и акромиальной частью.

Проксимальный отломок смещается вверх и кзади, дистальный – вниз и кпереди. При прямом ударе перелом бывает на любом месте. Репозиция фрагментов проводится в сидячем положении больного, – хирург упирается коленом в межлопаточное пространство и отводит назад оба плеча. Для фиксации репонированных фрагментов используются повязка Дезо, специальная шина Бейлера и др.

Перелом костей голени встречается довольно часто. Обычно ломаются обе кости. Значительно реже встречаются изолированные переломы одной из этих двух костей. После репозиции фрагментов накладывается U-образная лонгета или вытяжение аппаратом Илизарова.

Перелом лодыжек встречается часто. Одним из его разновидностей является перелом Дюпюитрена, когда происходит отрыв медиальной лодыжки, а малоберцовая кость

ломается на 5–6 см выше верхушки лодыжки. После репозиции отломков проводится гипсовая фиксация боковыми и задними лонгетами. Перелом лопатки встречается редко (в 1 % случаев). Бывают переломы тыла, угла, суставной впадины, суставного отростка и акромиона. Точный диагноз устанавливается рентгенологическим методом. Возможно проведение консервативной фиксации. При большом смещении фрагментов показано оперативное вмешательство – наложение костных швов.

Перелом луча в верхней части. При переломе головки или шейки луча применяется гипсовая повязка. При переломе луча в нижнем конце на типичном месте линия излома обычно проходит на 2 см выше суставного конца в несколько косом направлении. Дистальный отломок смещается в тыльно-лучевую сторону, а проксимальный – в ладонную сторону. Проводятся репозиция фрагментов и фиксация лонгетой с ладонной или тыльной стороны. Повязку снимают через 3–4 недели.

Перелом надколенника. Методы лечения этого вида перелома зависят от степени расхождения фрагментов. При незначительном смещении фрагментов консолидация наступает при консервативном лечении. При большом смещении фрагментов показано оперативное вмешательство – наложение костных швов.

Перелом плечевой кости встречается в 7,5 % случаев всех переломов. Различаются переломы

верхнего

и

нижнего

концов диафиза. Среди переломов верхнего конца различается перелом анатомической шейки (надбугорковый)

и перелом через

бугорки

или через

хирургическую шейку.

Перелом диафиза большей частью бывает

косой

и

оскольчатый.

При этом переломе используется торакоабдоминальная повязка: одна лонгета, состоящая из 16 слоев, длиной от кончиков пальцев до наружного конца лопатки здоровой стороны, шириной 14 см; другая лонгета, состоящая из 16 слоев, длиной от локтевого сустава до задней поверхности плеча и боковой поверхности грудной клетки до подвздошной кости. Две лонгеты по 8 слоев шириной 14 см, длиной 60–70 см образуют замок вокруг плечевого пояса. Накладывается одна трехслойная гипсовая пластинка вокруг грудной клетки. Торакобронхиальная повязка накладывается в сидячем положении. Рука отводится на 70°, девиация вперед составляет 30°. В нижнем конце плечевой кости часто встречаются

надмышцелковые

переломы –

одного

из мышцелков или

обоих.

Если гипсом нельзя удержать фрагменты, то прибегают к костному шву.

Перелом позвоночника. Различают перелом позвоночника при нарушении целостности остистых отростков, дужек, поперечных и боковых сочленовых отростков и повреждения тела позвонка.

Переломы бывают компрессионными и люксационными, т. е. со смещением. Повреждения спинного мозга могут быть от сотрясения до поперечного разрыва. Отмечаются деформация позвоночника, боли, ограничение движений. При повреждении спинного мозга возникают паралич конечностей, расстройство тазовых органов, ранние трофические расстройства. Проводится вытяжение петель на кровати с наклонной плоскостью, используется гипсовая кровать.

Переломы пястных костей и фаланг. Переломы пястных костей и фаланг встречаются редко. При отсутствии смещения фрагментов можно ограничиваться иммобилизационной гипсовой повязкой. При наличии смещения проводится репозиция фрагментов с последующим наложением гипсовой повязки. Иногда целесообразно применение вытяжения.

Травмы грудной клетки

Повреждения грудной клетки бывают закрытыми и открытыми. К закрытым повреждениям относятся ушиб грудной клетки, сотрясение грудной клетки, сдавление грудной клетки, переломы ребер, перелом грудины, пневмоторакс. Открытые повреждения грудной клетки отмечаются при проникающих ранениях, сопровождаются открытым пневмотораксом, гемотораксом.

Ушиб грудной клетки возникает при сильном ударе в грудь или при падении грудью на твердый предмет. При ушибах без повреждения внутренних органов можно ограничиться покоем и местным обезболиванием поврежденного участка. Сотрясение грудной клетки отмечается при сильных ударах, сжатии или падении, что может вызвать общую реакцию с падением пульса, снижением дыхательной деятельности, кровяного давления. Необходимы покой, проведение ранних противошоковых мероприятий с последующей госпитализацией в хирургический стационар.

Сдавление грудной клетки наиболее часто возникает при транспортных катастрофах. Развивается картина травматической асфиксии: голова, лицо, шея и верхняя часть грудной клетки («декольте») принимают синюшно-багрово-фиолетовую окраску с резкой нижней границей. Появляются петехиальные высыпания в кожу, слизистую оболочку полости рта и зева, склеры, носа, гортани вследствие возникновения под повышенным давлением обратной кровяной волны в области верхней полой вены. Сдавление протекает с падением (редко потерей) зрения и слуха, появлением чувства страха. Больному необходимо обеспечить покой, назначить успокаивающие средства, вдыхание кислорода. Непосредственно после происшествия

возможны проведение вагосимпатической блокады по А. В. Вишневному, введение морфина, кардиотонических средств. В случае перелома ребер в место перелома можно ввести раствор новокаина 0,5–1 %.

Переломы ребер (одиночные или множественные) возникают при прямом ударе, особенно при падении и ударе грудной клеткой, а также при сжатии грудной клетки в различных направлениях. Переломы ребер могут возникать в местах соединения костного ребра с хрящевой частью,

в  
окостенелых хрящах  
и  
анкилозированных суставах.

Иногда, особенно при транспортных катастрофах или при обширном сдавлении грудной клетки, можно наблюдать переломы почти всех ребер одной или даже обеих сторон. Нижние ребра ломаются значительно чаще, чем верхние. Переломы ребер могут сочетаться с переломами грудины, ключицы, лопатки и др. Если перелом сопровождается смещением, то могут возникать разрывы межреберных сосудов и плевры. В этих случаях происходит ранение плевры и легкого острыми краями костных отломков ребер с развитием осложнений

– гемоторакса, пневмоторакса, подкожной эмфиземы, эмфиземы средостения. Место перелома ребер необходимо обезболить раствором новокаина или спирт-новокаиновой смесью. В случае наличия легочных осложнений больной должен быть госпитализирован в хирургический стационар.

Перелом грудины обычно срастается без оперативного скрепления отломков. Проводится местное обезболивание, больной должен лежать на валике.

Пневмоторакс подразделяется на  
открытый

и  
закрытый.

Закрытый пневмоторакс развивается при ранении легкого острыми отломками ребер, разрыве легкого от повышения внутрилегочного давления, прорыве пузырей при буллезной эмфиземе, в результате воздух попадает в полость плевры, выравнивает отрицательное давление и вызывает внезапное и быстрое ретракционное спадение легкого. Накапливающийся в полости плевры воздух может вызывать смещение органов средостения в сторону здорового легкого и этим в большей степени усугубить недостаточный дыхательный объем.

Закрытый  
пневмоторакс протекает доброкачественно и постепенно рассасывается. В случае возникновения  
клапанного  
или  
напряженного  
пневмоторакса, когда при каждом вдохе воздух накачивается в замкнутую плевральную полость, требуется проведение активного хирургического лечения.

При открытом пневмотораксе плевральная полость сообщается с наружным воздухом, который попадает в полость плевры и вызывает явления плевропульмонального шока. Больные нуждаются в срочной помощи, которую следует оказывать на месте происшествия.

Открытый пневмоторакс необходимо срочно перевести в закрытый!

Это достигается наложением окклюзионной повязки: на рану грудной клетки, обработанную обычным способом (смазывание йодом, поверхностная тампонада) накладывается герметическая повязка, изготовленная с применением клеенки, лейкопластыря, целлофана и проч. После этого пациент должен быть транспортирован в ближайший стационар для получения квалифицированной помощи.

Гемоторакс чаще всего является осложнением закрытых повреждений грудной клетки с переломом ребер или повреждением легкого. Обычно не достигает опасных размеров и не всегда требует экстренного хирургического вмешательства. Излившуюся в плевру кровь во избежание возникновения обширных плевральных сращений выкачивают шприцем или специальным аппаратом.

Подкожная эмфизема не требует специального лечения. В редких случаях, когда возникают опасные явления сдавления органов средостения и застойные явления в верхней половине туловища и головы, может быть необходимо хирургическое вмешательство.

Проникающие ранения грудной клетки – наиболее частый вид ранения грудной клетки. Повреждения органов грудной клетки сопровождаются открытым пневмотораксом. Раны легких образуются при переломах ребер и ранении грудной клетки. Раны сердца обычно представляют непосредственную угрозу жизни и могут привести к смерти в кратчайший срок из-за кровотечения или тампонады сердца.

Травмы живота

Повреждения живота бывают закрытыми и открытыми.

Повреждения живота с нарушением целостности отдельных элементов брюшной стенки (мышц, диафрагмы) и брюшных органов наблюдаются чаще всего при тупых травмах живота (ударе кулаком или ногой, сдавлении туловища при транспортных катастрофах, ударе при падении с высоты, обвалах и др.). Повреждения печени, селезенки и желудка, забрюшинных органов, особенно почек, чаще отмечаются при повреждениях грудной клетки, особенно нижних отделов, сопровождающихся переломом ребер. С правой стороны ранению подвергаются печень и правая почка. С левой стороны возникают разрывы селезенки и левой почки. При повреждениях необходимо определять наличие или отсутствие повреждения паренхиматозного или полого органа.

Повреждения полых органов, желудочно-кишечного тракта при сочетанных травмах груди и живота встречаются реже, чем повреждения паренхиматозных. При этом чаще наблюдаются разрывы кишечника, при этом размеры кишечной раны могут быть разными – от точечного отверстия до обширного разрыва или поперечного отрыва кишки. В

первые моменты

после травмы на первый план выходят признаки шока. В раннем периоде

учащен пульс, отмечается боль в животе (нередко вначале локализованная), определяется напряжение мышц брюшной стенки. В более позднем периоде

нарастают симптомы перитонита:

- постепенно увеличивается метеоризм;
- появляются икота, рвота, язык становится сухим и обложенным;
- симптом Щеткина—Блюмберга отмечается по всему животу;
- газы не отходят, стул задержан;
- пульс становится частым и малым.

Необходимо проведение ранних мероприятий по обезболиванию, повышению деятельности сердечно-сосудистой системы, неотложная госпитализация в ближайший хирургический стационар. Промедление с операцией недопустимо.

## Травмы мочевыделительной системы

Открытые повреждения почек в подавляющем большинстве случаев бывают огнестрельными, редко колотыми.

Закрытые повреждения почек являются следствием непосредственного воздействия травмы на область почки или внезапного сокращения мышц брюшной стенки при падении на ноги, при котором происходит ушиб почки о XII ребро. Основными симптомами являются гематурия, забрюшинная гематома, боль. При неясной клинической картине определенное значение в диагностике имеют хромоцистоскопия и экскреторная урография. Огнестрельные повреждения мочеточника встречаются чрезвычайно редко. Диагноз ставится на основании наличия истечения мочи из раневого канала и данных эндоскопического и рентгенологического исследований. В подавляющем большинстве случаев повреждение мочеточника происходит при гинекологических операциях, реже при других операциях на органах брюшной полости, малого таза. Если повреждение остается незамеченным, то в послеоперационном периоде возникает мочевого затек в клетчатку таза, образуется мочеточниково-влагалищный свищ.

Открытые повреждения мочевого пузыря обычно бывают огнестрельного происхождения. Закрытые же наступают в результате травмы нижней половины живота, костей таза. Они бывают внутри- и внебрюшинными.

При внутрибрюшинных разрывах в первые сутки явления раздражения брюшины могут быть выражены слабо или отсутствовать. Диагностика основывается на отсутствии мочеиспускания у пострадавшего, припухлости над лобком не бывает, из уретры выделяется кровянистая моча. В неясных случаях возможно проведение цистографии. Основным осложнением является перитонит. Внутрибрюшинные разрывы происходят при переломах костей таза. Боль имеет локализованный характер, больные либо не мочатся совсем, либо выделяют небольшое количество кровянистой мочи. Отмечается инфильтрация тканей пахово-подвздошных областей. Уретра свободно проходима для катетера. Осложнениями являются мочевые затеки и уросепсис.

Огнестрельные ранения уретры встречаются часто в военное время и составляют в среднем 30–40 % ранений органов мочевого аппарата. В основном происходит повреждение задней уретры, значительно реже – промежностной и висячей.

Одновременно имеется ранение костей таза, толстого кишечника. Из раны истекает моча. Закрытые повреждения уретры происходят при переломах костей таза. Уретра рвется непосредственно под простатой в ее перепончатом отделе. При падении на промежность происходит разрыв промежностного отдела уретры. Закрытые повреждения висячей части уретры чрезвычайно редки. При частичных разрывах моча с примесью крови, мочеиспускание всегда болезненное. При полных разрывах уретры наступает полная задержка мочи, сопровождающаяся чрезвычайно мучительными для больного тенезмами. Из уретры выделяются капли крови. Быстро появляются признаки мочевых затеков.

Повреждения яичка и придатка чаще бывают огнестрельного происхождения.



Повреждения полового члена бывают

открытыми  
– частичными

или  
полными.

Ведение больных:

больным требуется срочное оперативное вмешательство. При закрытых повреждениях почек применяются консервативные способы лечения, которые состоят из назначения покоя, применения кровоостанавливающих средств, восполнения кровопотери. При повреждениях уретры консервативное лечение допустимо только при небольших разрывах уретры с сохраненным нормальным мочеиспусканием.

В

послеоперационном периоде

назначается уход за больным со своевременным проведением перевязок и наблюдением за отсутствием кровотечений, развитием затеков, гнойных осложнений. При необходимости используются антибактериальные препараты.

У больных, перенесших операцию, надо следить за временными дренажами: они могут закупориваться сгустками крови, слизью, солями, что приводит к задержке мочи. Необходимо своевременно промывать дренажную трубку или менять ее на новую. Делают это врач или специально обученная медсестра. Волосы на коже вблизи дренажной трубки тщательно выбривают. Если после операции назначается постоянное ношение мочевого приемника, необходимо соблюдать правила ухода за ним. По мере наполнения мочевого приемника снимают, выливают мочу и промывают проточной водой. Периодически (не реже 1 раза в 2–3 суток) мочевой приемник кипятят или обрабатывают дезинфицирующим раствором. Для больных с ограничением движений особое значение имеют своевременная смена повязки, протирание тела и смена белья.

Хирургическая инфекция

Хирургическая инфекция связана с образованием и скоплением гноя в органах и тканях. Микроорганизмы проникают в организм через ссадины, трещины, повреждения кожи или слизистой оболочки. На месте их внедрения образуется первичный гнойный очаг.

Из первичного очага микроорганизмы могут распространяться по всем органам и тканям. При распространении лимфогенным или гематогенным путем образуются фурункулы, карбункулы и иное, при общей гнойной инфекции отмечаются сепсис, метастатические абсцессы. Инфекция может переходить с соседних тканей.

Для гнойных ран характерно развитие картины воспаления со всеми типичными его проявлениями. В первичном очаге воспаления происходит скопление микроорганизмов. Это приводит к накоплению лейкоцитов, постепенной дегенерации и некрозу тканей под влиянием протеолитических ферментов, выделяемых лейкоцитами. Микроорганизмы, лейкоциты, расплавленные ткани образуют гной. Количество гноя и его состав бывают

разными при различных гнойных процессах. Различаются 3 основные стадии заживления раны:

- некротизация – рассасывание погибших клеток тканей и кровоизлияний;
- грануляция – развитие грануляций, заполняющих дефект тканей, образовавшийся в результате их гибели;
- эпителизация – развитие восстановительных регенеративных процессов, заканчивающихся образованием рубца.

Вначале появляется гиперемия, нарушается проницаемость сосудистой стенки, развиваются воспалительный отек и лейкоцитарная инфильтрация тканей. Отек вызывает сдавление сосудов, стаз, развитие тромбозов, аноксию тканей и их некроз. Постепенно в зоне погибших клеток и тканей очага воспаления начинают развиваться восстановительные регенеративные процессы. Гиперемия и количество раневого отделяемого уменьшаются, происходит развитие грануляций, а затем рубцовой соединительной ткани. Грануляционная ткань состоит из легкоранимых тканей и сосудов. Заживление ран происходит первичным и вторичным натяжением. При первичном натяжении, когда края и стенки раневой поверхности сближены, рана заживает быстро и без осложнений. Вторичным натяжением рана заживает через развитие грануляционной ткани, при наличии большой полости раны, погибших тканей.

На быстроту и полноценность заживления гнойных ран оказывают влияние сопротивляемость тканей, местные условия в гнойном очаге и общее состояние организма. Ускоряют процессы заживления ран следующие местные условия: хорошее кровоснабжение, сохраняющаяся иннервация. Наличие в очаге секвестров мертвых тканей, инородных тел, активных микроорганизмов затрудняет процессы заживления ран. Общая резистентность организма определяется состоянием его основных защитных систем, в первую очередь системы кровообращения и иммунной системы.

При образовании гнойных очагов в тканях (таких, как абсцессы, карбункулы, флегмона, мастит и др.) отмечаются признаки интоксикации организма. Температура тела повышается, иногда до высоких цифр со значительным размахом колебаний, отмечаются общая слабость, отсутствие аппетита, боль в пораженном участке. В общей картине крови отмечаются увеличение количества лейкоцитов со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ.

В зависимости от локализации опорожнение гнойного очага может происходить через кожу, органы, сообщающиеся с внешней средой (прямую кишку, мочевой пузырь, влагалище и др.). Гнойник может прорываться в полости (брюшную, плевральную, суставную). Наиболее часто гнойный очаг прорывается наружу. При выходе гноя наружу может наступить самоизлечение. При недостаточности опорожнения полости остаются длительно не заживающие свищи. При прорыве гнойника в полости развиваются тяжелые осложнения (перитонит, плеврит, менингит и др.). Распространение инфекции из гнойника может привести к развитию лимфангита, лимфаденита, флебита, а иногда общей гнойной инфекции – сепсиса.

В процессе лечения должны предусматриваться факторы местного и общего воздействия на организм. В стадии некротизации значение отводится факторам, помогающим очищению раны. Необходимо обеспечивать покой (иммобилизацию), введение антибиотиков и антисептических средств как местно в рану, так и внутрь или внутримышечно, усиливать процессы расплавления некротических тканей в ране, применяя повязки с гипертоническим раствором поваренной соли 5—10 %. Гнойный очаг должен быть вскрыт и дренирован. В послеоперационном периоде внимание уделяется состоянию оттока гноя из раны, поддержанию общей иммунобиологической резистентности организма. Применяются повязки с гипертоническими и антисептическими растворами.

В стадию гранулирования покой раневой поверхности должен обеспечиваться щадящим режимом перевязок, созданием условий сохранения образующихся грануляций. Используются повязки с мазовыми основами. Для сохранения и восстановления функций пораженных органов должны расширяться показания к применению лечебной физкультуры, физиотерапевтических процедур. При заполнении раны грануляциями, отсутствии на них гнойно-некротических пленок края раны могут быть сближены полосками липкого пластыря или на них наложены вторичные швы.

Абсцесс, гнойник

#### Абсцесс, гнойник

– это ограниченное скопление гноя в тканях.

Чаще всего абсцесс формируется в подкожной клетчатке, реже – в тканях, расположенных глубже, и других органах. При развитии абсцесса выражена общая реакция организма на воспаление. Клиническое течение бывает различным. Иногда при формировании пиогенной оболочки процесс всасывания уменьшается, поэтому явления интоксикации стихают. В последующем течение гнойного процесса может проходить через самоизлечение (встречается очень редко). В этих случаях микробы в полости абсцесса погибают, гной становится стерильным и постепенно рассасывается. Возможен переход в хроническую форму. В этих случаях микробы в полости абсцесса погибают, гной становится стерильным и постепенно рассасывается, признаки острого воспаления исчезают, но сохраняются небольшая припухлость, болезненность, симптом флюктуации.

#### Ведение больных:

при начинающемся гнойнике, до формирования гнойной полости, назначаются покой, тепло (согревающие компрессы, грелки, облучение ультрафиолетовыми лучами, УВЧ и др.). При выраженном воспалительном отеке и гиперемии применяется холод. Длительное применение холода нецелесообразно, поскольку могут наступить анемизация тканей, нарушение их трофики, расширение зоны некроза и снижение местной резистентности тканей. Назначаются обильное питье, высококалорийное питание, витамины. Проводятся внутривенные введения глюкозы, физиологического раствора, переливание крови, плазмы, кровезаменителей.

#### Гангрена

##### Гангрена

– омертвление тканей, развившееся в живом организме.

Причинами гибели являются непосредственное разрушение их травмирующим агентом или расстройство кровообращения. Развитию омертвления способствуют истощение, анемия, авитаминоз, наличие инфекции. По происхождению выделяются неспецифические и специфические гангрены.

##### Неспецифические

гангрены развиваются в результате ранения крупного сосуда, длительного пребывания наложенного жгута, ущемления, перекрута внутренних органов, тромбоза, эмболии крупного сосуда, термической или химической травмы и др.

##### Специфические

гангрены развиваются при сифилисе, диабете, облитерирующем эндартериите. По клиническому течению выделяют сухую

и  
влажную  
гангрену.

Сухая гангрена развивается при медленно прогрессирующем нарушении кровообращения у истощенных, обезвоженных больных. Появляются сильные боли (ишемического характера), конечность становится бледной («мраморная кожа»), холодной на ощупь, пульс не определяется. Омертвление распространяется с периферических отделов кверху. При благоприятном течении процесса на границе омертвления и здоровых тканей постепенно развивается демаркационный вал. Явления общей интоксикации выражены незначительно.

Влажная гангрена развивается при быстром нарушении кровообращения (эмболии, ранении сосуда). Резко нарастает отек конечности, пульс не определяется, кожа становится бледной, «мраморной».

Вскоре появляются сеть расширенных вен, темно-красные пятна, пузыри в результате отслоения эпидермиса, наполненные сукровичным содержимым. Ткани распадаются, превращаются в зловонную массу серо-грязно-зеленого цвета. Признаки отграничения процесса отсутствуют. Общее состояние тяжелое, температура тела высокая, отмечаются боли в пораженной конечности, вялость, заторможенность. Язык сухой. Пульс частый, малый, артериальное давление снижено. Процесс быстро прогрессирует и осложняется сепсисом.

Консервативное лечение заключается в назначении покоя, согревающих асептических повязок, проведении новокаиновых блокад. Назначаются антикоагулянты, антибактериальные препараты, дезинтоксикационные средства.

Оперативное лечение при сухой гангрене состоит в проведении некрэктомии, при влажной гангрене – немедленной ампутации конечности в пределах здоровых тканей.

Гангрена газовая (газовая инфекция, анаэробная инфекция). Омертвление тканей, развивающееся в результате попадания в рану анаэробной инфекции. В ране появляются боль, чувство распирания, кажется, что повязка тесна. Быстро развиваются отек тканей, цианоз, появление бронзовых пятен. При скоплении газа отмечаются крепитация, «симптом бритвы».

Рана безжизненная с грязно-серым налетом, на коже – фликтены с гнилостным запахом. Общее состояние тяжелое, кожа землистой окраски. Отмечаются вялость, апатия, иногда возбуждение. Пульс учащается. Различаются следующие формы газовой гангрены:

- отечная – протекает с явлениями резко выраженного отека тканей и токсикоза;
- эмфизематозная – преобладает образование газа;
- смешанная – сильный отек с образованием значительного количества газа;
- некротическая – протекает с явлениями некроза;
- флегмонозная – протекает с развитием флегмоны;
- тканерасплавляющаяся – характеризуется тяжелым и бурным течением.

Течение заболевания –  
молниеносное, бурное  
или  
медленное.

Неблагоприятное воздействие оказывает присоединение аэробной инфекции, что нередко приводит к развитию сепсиса.

#### Ведение больных:

консервативное лечение состоит в применении смеси противогангренозных сывороток. Сыворотки вводятся внутривенно капельно. Одну лечебную дозу составляют 5–10 профилактических доз. Для профилактики анафилактического шока сыворотку вводят под наркозом, внутривенно применяют антигистаминные препараты. Наряду с внутривенным введением используют внутримышечное введение 5–8 профилактических доз для создания в организме депо сыворотки. Неспецифическое лечение предусматривает мероприятия по уменьшению интоксикации.

Оперативное лечение состоит в широком рассечении в сочетании с иссечением погибших тканей с целью удаления омертвевших очагов и создания условий для доступа воздуха. Ампутация применяется в случаях тяжелой прогрессирующей интоксикации. В послеоперационном периоде внимание уделяется борьбе с токсикозом, сердечно-сосудистой, печеночной недостаточности.

Карбункул – это острое разлитое гнойно-некротическое воспаление нескольких волосяных мешочков и сальных желез с образованием обширного некроза кожи и подкожной клетчатки. Наиболее распространенными местами локализации карбункула являются задняя поверхность шеи, межлопаточная область, лицо, поясница, ягодица, реже – конечности. Особенно опасна локализация карбункула на лице. Заболевание начинается с появления быстро увеличивающегося резко болезненного воспалительного инфильтрата, иногда с поверхностной пустулой в центре. Кожа в области инфильтрата багрового цвета, напряжена, отечна, постепенно подвергается некрозу. Эпидермис расплавляется, в нем образуется несколько отверстий, через которые выделяется густой желтый или зеленовато-серый гной. Выражена общая интоксикация. Отмечаются головная боль, бессонница, тошнота, иногда бред, температура повышается до 40 °С. В картине крови лейкоцитоз со сдвигом влево, повышена СОЭ. После отторжения участков некроза общие явления стихают, рана покрывается грануляциями, после заживления образуется рубец с зоной пигментации. Срок формирования некроза в среднем составляет 3–4 дня, продолжительность заболевания – 4–5 недель.

#### Ведение больных:

в начальной стадии воспалительного процесса обязателен постельный режим. Назначаются обильное питье, молочно-растительная диета. Показано использование болеутоляющих средств, витаминов. Назначаются антибиотики парентерально и местно в виде обкалывания в растворе новокаина. Применяются УВЧ, электрофорез с растворами антибиотиков.

Оперативное лечение показано при безуспешности консервативного лечения и прогрессировании местных и общих симптомов болезни. Производится крестообразный разрез с иссечением зоны некроза до жизнеспособных тканей. Лимфаденит – воспаление лимфатических узлов. Обычно развивается как вторичное заболевание. Иногда первичный очаг остается нераспознанным. Заболевание иногда протекает с кровоизлияниями в ткань узлов (геморрагический лимфаденит). Наблюдается увеличение и уплотнение лимфатических узлов, их болезненность при пальпации. Лимфатические узлы подвижные по отношению к коже и подлежащим тканям. Постепенно они увеличиваются в объеме и образуют неподвижные пакеты. Над припухлостью отмечается гиперемия кожи. В дальнейшем кожа спаивается с инфильтратом. При прогрессировании процесса инфильтрат размягчается, в его центре появляется флюктуация.

Кожа становится цианотичной, истончается. Гнойник может опорожниться самопроизвольно. Выражены явления интоксикации организма. Лимфатические узлы длительное время могут оставаться увеличенными. Уменьшение происходит постепенно по мере рассасывания соединительной ткани.

#### Ведение больных:

в начальных периодах развития заболевания необходимо обеспечить покой пораженной области тела, применять тепло, антибиотики. При выраженных явлениях интоксикации проводится дезинтоксикационная терапия (обильное питье, вливание жидкостей, переливание крови).

Оперативное лечение показано при гнойных лимфаденитах, развитии абсцесса, флегмоны. Производятся вскрытие гнойника и удаление омертвевших тканей с последующим дренированием полости.

В целях профилактики необходимо соблюдать правила санитарии и гигиены. С поверхности тела должны своевременно устраняться пот, грязь, особенно у лиц физического труда, применяться спецодежда.

Лимфангит – острое воспаление лимфатических сосудов. Чаще развивается на конечностях. Вначале поражаются мелкие лимфатические сосуды, затем в процесс вовлекаются крупные сосуды. По характеру воспалительный процесс может быть серозным и гнойным. По форме лимфангит может быть сетчатым и стволовым.

#### Ведение больных:

заболевание начинается резким повышением температуры, имеющей постоянный характер, появлением головной боли, озноба. Местно отмечаются припухлость, краснота, болезненность по ходу лимфатических сосудов. При сетчатой форме появляется интенсивная гиперемия без четких границ. На фоне гиперемии виден тонкий сетчатый рисунок. При стволовой форме отмечается появление продольных красных полос. При поражении поверхностных сосудов при пальпации сосуды резко болезненные, плотные. Отмечаются резкие боли, зуд и жжение. При поражении глубоких сосудов гиперемии кожи не наблюдается. Характерно появление отечности, болей, а также ранних лимфаденитов.

Консервативное лечение заключается в назначении покоя пораженной области, иммобилизации конечности, придании ей возвышенного положения, проведении антибиотикотерапии. При выраженных явлениях интоксикации проводится дезинтоксикационная терапия (обильное питье, внутривенное и подкожное введение жидкостей и пр.). Местно применяются согревающие компрессы, жировые повязки. Оперативное лечение показано при осложненном течении заболевания. Проводится вскрытие гнойника, обеспечивается отток гноя из раны.

В профилактических целях необходимо своевременно проводить первичную обработку повреждений, вскрывать и дренировать гнойные очаги.

Мастит – воспаление молочной железы. Чаще отмечается у кормящих матерей, главным образом в первые недели после родов. Реже мастит развивается у беременных в последние недели перед родами, гораздо реже – у девушек или женщин в климактерическом периоде. Инфекция попадает в ткань молочной железы через кожу соска, царапины, ссадины, по лимфатическим путям проникает в интерстициальную ткань железы или по молочным ходам – в дольки железы. При проникновении инфекции через повреждение кожи соска процесс иногда может ограничиться воспалением подкожной клетчатки и образованием ареолярного абсцесса. Развитию мастита способствуют закупорка выводных протоков и застой молока. Характерными особенностями мастита являются быстрое распространение

процесса с вовлечением больших участков железистой ткани, слабо выраженная способность к ограничению.

В клиническом течении процесса выделяются формы:

серозная

(начальная) – характеризуется появлением болей в молочной железе, бессонницей, ознобом, повышением температуры тела до 39,5—40 °С, потерей аппетита. Железа равномерно увеличена, ее кожа не изменена. Необходимо предупреждать застой молока;

инфильтративная

(острая) – развивается при прогрессировании процесса. Температура сохраняется на высоких цифрах, усиливаются боли, появляются слабость, озноб, в картине крови нарастает лейкоцитоз до 10 000—15 000, повышается СОЭ. Железа значительно увеличивается, при пальпации отмечается болезненный инфильтрат с нечеткими границами. Кожа над ними гиперемирована, увеличиваются регионарные лимфатические узлы;

абсцедирующая

– развивается при отсутствии эффекта от применяющейся терапии. Общие клинические проявления нарастают, температура держится на уровне 39–40 °С, усиливается озноб. Местно отмечаются резкое покраснение кожи молочной железы, расширение подкожной венозной сети, регионарный лимфаденит. В области инфильтрации определяется флюктуация;

флегмонозная

– характеризуется резким ухудшением общего состояния. Кожа железы приобретает цианотичный оттенок, блестящая, сосок чаще втянут, флюктуация отмечается в нескольких местах;

гангренозная

– наблюдается при позднем обращении больных за медицинской помощью. В молочной железе в результате развития тромбоза и застоя развивается некротический процесс. Общее состояние больных крайне тяжелое. Молочная железа увеличена, резко отечна, пастозна, болезненна, кожа ее имеет бледно-зеленый или сине-багровый цвет, местами покрыта пузырями, на отдельных участках – некроз кожи. Сосок втянут, молоко отсутствует, резко увеличены и болезненны регионарные лимфатические узлы;

инфильтративная

(хроническая) – может развиваться после длительного местного применения антибиотиков при остро возникшем гнойном мастите. Молочная железа несколько увеличена в объеме, при пальпации определяется очень плотный (хрящевой плотности) инфильтрат, не спаянный с кожей, малобезболезненный. Кожа над инфильтратом не изменена, иногда гиперемирована, на стороне поражения пальпируются увеличенные, подвижные лимфатические узлы.

Ведение больных:

проводится консервативная противовоспалительная терапия по общим принципам лечения гнойного процесса.

Оперативное лечение применяется при абсцедирующей, флегмонозной и гангренозной формах. Оно состоит во вскрытии гнойника.

Профилактика маститов сводится к предупреждению образования трещин и эскориаций в области сосков, предупреждению застоя молока.

Медиастинит – острый воспалительный процесс средостения. Чаще всего является осложнением различных острых гнойных процессов, локализующихся в плевре, легких, полости рта, области зева, шеи, костей грудной клетки. Может развиваться в результате

травмы. Инфекция распространяется в средостение лимфогенным и гематогенным путем, а также при непосредственном контакте с соседними органами. Процесс может носить ограниченный характер (абсцесс) или разлитой (флегмона).

Заболевание начинается внезапно. Отмечается повышение температуры до 39–40 °С, появляются боли за грудиной, озноб, бессонница, отсутствие аппетита, слабость. При локализации процесса в переднем средостении боли усиливаются при постукивании по груди, запрокидывании головы, наблюдается отечность шеи и передней поверхности грудной клетки. При задних медиастинитах боли отмечаются в межлопаточной области, иногда – в эпигастральной области. При вовлечении в процесс стенки пищевода появляются боли при глотании. Больные находятся в сидячем или полусидячем положении, голову держат наклоненной вперед, что облегчает дыхание и уменьшает боли. Отечность при задних медиастинитах возникает на спине, паравертебрально. При перкуссии отмечается увеличение тупости в области грудины при передних медиастинитах, в области спины, паравертебрально – при задних медиастинитах. Течение медиастинита нередко осложняется сдавлением соседних органов.

#### Ведение больных:

консервативная противовоспалительная терапия проводится по общим принципам лечения гнойного процесса.

Оперативное лечение применяется при наличии признаков абсцедирования, при подозрении на гнилостную инфекцию. Проводится медиастинотомия. Прогноз во многом зависит от своевременной постановки диагноза и примененного метода лечения.

Остеомиелит – гнойное воспаление всех трех элементов кости (костного мозга, собственно кости и надкостницы). Чаще поражается метафиз длинных трубчатых костей (большеберцовой кости, бедра, плеча). С меньшей частотой поражаются плоские кости. Гематогенным путем в костный мозг заносится септический эмбол (стафилококки). Из костного мозга воспалительный процесс распространяется на компактную кость и надкостницу, образуя околокостную флегмону, которая вскрывается наружу. Вокруг воспалительного очага образуется «клоака», из которой наружу идет свищевой ход. «Клоака» выстлана вялой, дряблой грануляционной тканью и содержит отдельные секвестры. При остеомиелите нередко наступают признаки заболевания близлежащего органа, на который распространяется воспалительный процесс. При остеомиелите костей черепа могут наблюдаться мозговые явления, при остеомиелите позвонка – нарушения со стороны спинного мозга. Имеются огнестрельные формы остеомиелита, развивающиеся в результате огнестрельного ранения. По течению остеомиелит может быть острым и хроническим. При остром процессе начало заболевания острое в виде общего недомогания, ломоты в конечностях, мышечной боли, головной боли. Затем появляются озноб, слабость, повышение температуры тела до 39 °С и выше, иногда рвота, бред, судороги, с 1–2-го дня заболевания – боль в пораженной конечности. При пальпации и поколачивании отмечается сильная боль в месте поражения. Через двое суток возникают припухлость, отечность, краснота, повышение температуры, увеличение регионарных лимфатических узлов в зоне поражения. Через 1–2 недели в центре болезненной, плотной припухлости определяется флюктуация. По мере развития нагноения



температура приобретает ремитирующий характер с большими колебаниями. При неблагоприятных условиях гнойный процесс протекает как бурная общая инфекция, развивается картина септицемии, смерть наступает на 1—2-е сутки от начала заболевания.

#### Подострый

процесс отличается более легким началом и менее выраженными и кратковременными общими явлениями.

#### Хронический

остеомиелит обычно бывает исходом острого остеомиелита, реже возникает первично. Клинически имеет две формы течения: абсцедирующую (секвестрирующую) и склерозирующую.

##### Абсцедирующая

форма имеет склонность к локализации в метафизах, проявляется периодическими обострениями и наличием длительно незаживающих свищей, через которые выделяются гной, продукты распада тканей и мелкие секвестры. Обострение процесса сопровождается появлением воспалительных проявлений.

##### Склерозирующая

форма развивается чаще в диафизах. Преобладают прогрессирующий склероз и пролиферация костной ткани. Клинические симптомы выражены незначительно, усиливаются только при обострении воспалительного процесса.

#### Ведение больных:

консервативная противовоспалительная терапия проводится по общим принципам лечения гнойного процесса.

Оперативное лечение применяется при остром остеомиелите в абсцедирующей стадии, при запущенных процессах с развитием флегмоны, при упорном хроническом течении. По показаниям применяются вскрытие флегмоны, рассечение надкостницы, трепанация костномозговой полости, секвестрэктомия, поднадкостничная резекция кости, в запущенных случаях – ампутация конечности.

Панариций – гнойное воспаление, развившееся в тканях пальца. Выделяются следующие формы панариция:

- кожная – локализуется в толще самой кожи, боли выражены нерезко, температура тела повышается до 37,5 °С, на ограниченном участке отмечаются покраснение тканей, их отечность. При прорыве гноя может наступить выздоровление. Процесс нередко распространяется вглубь, и возникает подкожный панариций;
- подкожная – локализуется в подкожной клетчатке и сопровождается ее некрозом и гнойным расплавлением. Встречается наиболее часто. Палец находится в полусогнутом положении, отмечаются припухлость и напряжение тканей, гиперемия выражена нерезко, имеет фиолетовый оттенок. Выражены проявления интоксикации организма. Процесс может распространяться и приводить к развитию костного, суставного, сухожильного панариция, пандактилита, флегмоны кисти;
- костная – возникает первично после инфицированных ран с повреждением надкостницы, кости и вторично как осложнение подкожного панариция. В ранней стадии симптомы схожи с проявлениями панариция подкожного, но выражены резче. Фаланга утолщена колбообразно, палец находится в полусогнутом положении. При прорыве гнойника образуется свищ с выходящими грануляциями;
- суставная – гнойное воспаление межфалангового и пястно-фалангового суставов.

Инфекция попадает при колотых ранах, открытых повреждениях, в результате

распространения процесса при подкожном, костном или сухожильном панариции, реже метастатическим путем. Появляется боль, которая беспокоит больного не только при движениях пальца, но и в покое. Отмечаются признаки общей интоксикации. Часто возникают свищи;

- сухожильная, или тендовагинит,

– гнойное воспаление сухожильных влагалищ. Развивается быстро, появляется озноб, температура поднимается до 38 °С и выше, отмечаются сильные боли в пораженном пальце по ходу сухожилия. Палец опух, полусогнут, движения резко ограничены, нередко отмечается отек тыльной поверхности кисти;

- околоногтевая, или паронихия,

– воспаление околоногтевого валика. Общее состояние больного удовлетворительное, боли выражены нерезко, имеются припухлость, гиперемия околоногтевого валика, чаще у основания пальца. При надавливании из-под валика выделяется гной. Процесс может приобретать затяжной характер;

- подногтевая – воспалительный процесс, развивающийся под ногтем. Общая реакция организма выражена слабо, боли имеют пульсирующий характер, ногтевая фаланга отечна, под ногтем видно скопление гноя, давление на ноготь вызывает резкую боль. Течение процесса затяжное.

Ведение больных:

проводится консервативная противовоспалительная терапия по общим принципам лечения гнойного процесса.

Оперативное лечение применяется при всех видах панарициев. При кожном панариции удаляют отслоившийся эпидермис, при подкожном панариции оперативное лечение показано после первой бессонной ночи.

В послеоперационном периоде проводится иммобилизация поврежденного участка, назначаются антибиотики, теплые ванночки, физиотерапевтические процедуры. В профилактических целях необходимо соблюдать гигиену рук, предупреждать возникновение и проводить своевременное лечение микротравм.

Пандактилит – гнойное воспаление всех тканей пальца. Часто является результатом неправильного лечения тендовагинита, костного и суставного панариция. Наступает гнойное расплавление кости, суставов, сухожилий и мягких тканей. Отмечаются резкая боль, повышение температуры тела до 38 °С и выше, в крови лейкоцитоз до 15 000—20 000, сдвиг в формуле крови влево. Палец резко увеличен в объеме, неправильной формы, кожа цианотичная, множественные свищи, движения в суставах отсутствуют.

Лечение пандактилита только оперативное и заключается в удалении пальца.

Периостит – гнойное воспаление надкостницы. Клиническое течение – острое и хроническое.

Периоститы могут наблюдаться при саркоме кости. При этом они чаще исходят из эпифизарного конца, сопровождаясь деструктивными изменениями в кортикальном отделе.

Принципы лечения такие же, как при других гнойных процессах.

Флегмона – острое разлитое гнойное воспаление подкожной, межмышечной, забрюшинной и других видов клетчатки. В отличие от абсцесса гнойный процесс при флегмоне не ограничивается, а распространяется по рыхлым пространствам клетчатки. По характеру экссудата различают

серозную, гнойную, гнойно-геморрагическую

и

гнилостную

формы флегмоны. В зависимости от локализации бывают эпи- и субфасциальные (межмышечные) формы разлитого воспаления клетчатки. Чаще флегмона локализуется в подкожной клетчатке, что связано со слабой сопротивляемостью этой части к инфекции, ее частыми травмами.

При некоторых локализациях флегмона имеет специальные названия:  
паранефрит

– при воспалении околопочечной клетчатки,

парапроктит

– при воспалении околопрямокишечной клетчатки и др.

Заболевание нередко начинается внезапно с повышения температуры тела до 40 °С, озноба, головной боли, общего недомогания. Температура чаще носит постоянный характер. Местно появляются припухлость, покраснение кожи различного характера, при пальпации отмечаются местное повышение температуры, плотный болезненный инфильтрат, который постепенно размягчается с образованием очагов флюктуации. Течение заболевания редко бывает благоприятным, чаще процесс прогрессирует, захватывая обширные участки и сопровождаясь тяжелой интоксикацией.

Ведение больных:

консервативное лечение допустимо только в начальной стадии развития процесса. Оно сводится к назначению постельного режима, созданию покоя пораженной конечности, внутримышечным введениям больших доз антибиотиков, обильного питья, соблюдению молочно-растительной диеты. Используются сердечные и болеутоляющие средства. Местно применяются обкалывание тканей в окружности флегмоны растворами антибиотиков и новокаина, сухое тепло, УВЧ. Иногда под влиянием консервативных методов происходит обратное развитие процесса. При ограничении процесса и формировании гнойника (ограниченная флегмона) показано оперативное лечение.

Оперативное лечение производится при ограничении процесса и формировании гнойника, а также при прогрессировании процесса. Проводится вскрытие флегмоны одним или несколькими параллельными разрезами. Раны рыхло тампонируют марлей с гипертоническим раствором.

Если после оперативного лечения и продолжающегося общего лечения улучшения не наступает, необходимо думать о развитии местного или общего осложнения (гнойного затека, септического состояния и др.). При безуспешности лечения и возникновении угрозы для жизни при локализации флегмоны на конечности показана ее ампутация.

Фурункул – острое гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула и окружающих его тканей. Инфекция внедряется через поврежденную кожу (трещины, ссадины). Общее состояние больного удовлетворительное, при локализации фурункула на конечностях или туловище иногда отмечается повышение температуры тела до 37,5 °С. До

появления фурункула отмечаются зуд и покалывание на отдельном участке кожи. Кожа в области инфильтрата имеет розовый цвет с синюшным оттенком. При пальпации отмечается выраженная болезненность. Через 1–2 суток на вершине инфильтрата появляется небольшое скопление гноя, которое прорывается. Образовавшееся отверстие закрывается корочкой. Спустя 5—10 суток с момента заболевания ткани в глубине инфильтрата подвергаются гнойному расплавлению, и некротические массы выделяются в виде стержня с остатками гноя. Ранка покрывается грануляциями. Инфильтрация и боли уменьшаются, наступает выздоровление. На месте фурункула образуется несколько втянутый рубец.

Наиболее часто фурункулы локализуются на тыльной поверхности предплечья, кисти, задней поверхности шеи, пояснице, ягодичной области, бедре. Особенно тяжелым течением отличаются фурункулы, локализующиеся в области лица (на губах, носе, щеках), поскольку на этом участке возможно быстрое распространение инфекции с развитием гнойного менингита.

Нередко течение фурункула осложняется лимфаденитом, тромбофлебитом, значительным отеком окружающих тканей в результате застойных явлений.

#### Ведение больных:

консервативное лечение во многом зависит от формы заболевания, локализации процесса и сопутствующих осложнений. При одиночном фурункуле производят тщательный туалет кожи вокруг воспалительного очага (протирание спиртом 70 %, растворами бриллиантовой зелени 0,5–1 %, салицилового спирта 2 % и т. д.). Волосы вокруг очага тщательно выстригают, на очаг накладывается повязка с гипертоническим раствором. Применяются сухое тепло: грелки, соллюкс, УВЧ. Из методов общего лечения используются антибиотики, которые вводятся внутримышечно. Рекомендуется обильное питье, в тяжелых случаях проводится введение жидкости внутривенно. При локализации фурункула на лице показан строгий постельный режим. Больным запрещают разговаривать, жевать.

Оперативное лечение показано при развитии осложнений (флегмоны, абсцессов). Язвы. Это ограниченное омертвление кожных покровов и глубжележащих тканей, возникающее при резком ослаблении процессов регенерации.

#### Причины возникновения язв:

нарушения кровообращения, лимфообращения;  
изменений стенок сосудов (при атеросклерозе, облитерирующем эндартериите, болезни Рейно и др.);  
повреждений тканей (механических, химических, термических, электрических, лучевых);  
развития инфекции (гнойной, туберкулеза, сифилиса, актиномикоза и др.);  
нарушений обмена веществ (сахарного диабета, цинги); трофических расстройств (сирингомиелии, спинной сухотки и др.);  
изъязвления опухолей.

Клинические симптомы и течение заболевания определяются причинами, вызвавшими развитие язвы, и реактивными способностями организма. Локализация, внешний вид и размеры язв бывают различными. Наиболее часто язвы локализуются в нижней трети голени. По внешнему виду язвы бывают

плоскими

и

с глубоким дном.

Отделяемое зависит от причины возникновения язвы – сукровичного или гнойного характера. Дно язвы чаще покрыто некротическими массами серого цвета, иногда зеленоватого. Края бывают ровными или неправильной формы, отлогими, подрытыми,

мозолистой плотности, мягкими. Изменяются окружающие ткани: кожа пигментируется, истончается, может быть сине-багрового цвета. Нередко отмечается отечность окружающих тканей, мацерация эпидермиса. Субъективно больные отмечают боли в конечностях, быструю утомляемость при ходьбе, судорожные подергивания в мышцах. Язвенный процесс чаще имеет хроническое течение с периодическими обострениями.

#### Ведение больных:

основными принципами консервативного лечения являются: 1) создание покоя пораженного участка; 2) обеспечение эффективного оттока содержимого из области язвы (накладываются повязки с гипертоническим раствором, антисептическими средствами и др.); 3) тщательный туалет кожи вокруг раны; 4) мазевые повязки после заполнения дна язвы грануляциями; 5) прижигание патологических грануляций (азотнокислым серебром); 6) щадящие редкие перевязки; 7) повышение общей резистентности организма (рекомендуются калорийное питание, витаминотерапия и др.).

Целью оперативного вмешательства является освобождение язвы от патологических грануляций и рубцов, затрудняющих кровоснабжение тканей. Операции могут быть выполнены для пластического закрытия дефекта тканей.

### Глава 3

#### Медицина катастроф. Основы реанимации и терминальные состояния

#### Медицина катастроф

##### Засыпание землей

Необходимо откопать пострадавшего, быстро разобрать камни, доски, землю и осторожно вынести его. Очищаются нос и рот. Если пострадавший находится без сознания и у него отсутствует дыхание, необходимо немедленно приступить к искусственному дыханию. При наружных повреждениях оказывают соответствующую помощь. При обмороке смачивают нашатырным спиртом кончик носового платка или вату и осторожно подносят к носу больного. При охлаждении тела обкладывают его грелками, бутылками с горячей водой, растирают кожу щеткой. При ослаблении сердечной деятельности вводят кордиамин, кофеин.

##### Поражение молнией

Поражение молнией сходно с поражением электрическим током большой частоты напряжения, мероприятия те же. На коже появляются красные полосы зигзагообразной формы (местный паралич сосудов). В тяжелых случаях наступает смерть.

##### Ожоги

Ожоги возникают от непосредственного воздействия высокой температуры, тепловых лучей, едких химических веществ, электричества, рентгеновских и радиолучей.

Отмечаются:

I

степень – появляются гиперемия, чувство жжения, болезненность и ограниченная припухлость очага поражения;

II

степень – на кожных покровах образуются пузыри, сильно выражены боли и отек;

### III

степень (глубокие ожоги) – характерно образование струпа с последующим глубоким некрозом;

### IV

степень (обугливание) – повреждение мышц, сухожилий, костей и пр. При обширных поражениях возникает ожоговая болезнь, в течение которой различаются периоды шока

(первые 48 часов),

острой токсемии

(до 10-го дня),

септикотоксемии, реконвалесценции.

#### Ведение пострадавших.

Необходимые мероприятия проводятся в определенной последовательности.

- 1) Обожженный участок необходимо закрыть стерильной повязкой, чистым полотенцем или простыней (от применения жиров необходимо воздержаться). При ожогах I и частично II степени эффективно действует 30—40-минутное орошение ожоговой поверхности холодной водой.
- 2) Внутрь даются алкоголь, горячее питье.
- 3) Подкожно вводятся раствор морфина 1–2 мл 1% и 3000 ЕД противостолбнячной сыворотки.
- 4) При обширных ожогах проводится борьба с ожоговым шоком: переливания белковых препаратов, плазмы, гипертонических растворов под контролем диуреза, введение сердечных и сосудистых средств, антигистаминных препаратов (димедрола, супрастина).
- 5) После ликвидации шока проводится первичная обработка. Кожу вокруг ожоговой поверхности моют бензином и обрабатывают спиртом. Обожженные участки нежно обрабатывают раствором нашатырного спирта 0,5 %. Отслоившийся эпидермис удаляют. Сохраненные пузыри не вскрывают. В заключение рану орошают теплым физиологическим раствором, раствором новокаина 0,5 % и осушают тампонами. Накладывается лечебная повязка, которую снимают на 8—10-й день. Обожженного пациента необходимо срочно доставить в специализированное отделение.

#### Поражение электрическим током

Поражение электрическим током может произойти как при непосредственном прохождении его через организм, так и от той энергии, в которую ток превращается вне организма при разряде в непосредственной близости (молния). В период действия электрического тока появляются сильная боль, выражение ужаса на лице, побледнение кожных покровов, резкое сокращение мышц скелета, тетанические судороги, затруднение дыхания, падение сердечной деятельности, потеря сознания.

#### Доврачебная помощь:

меры первой помощи зависят от быстроты освобождения пострадавшего от электрического тока и его состояния: пациента укладывают на спину, на твердую поверхность, проверяют наличие дыхания, пульса на артериях лучевой или сонной (переднебоковая поверхность шеи). Если пострадавший приходит в сознание, его необходимо уложить в удобное положение и до прибытия врача обеспечить полный покой, непрерывно наблюдая за пульсом, при этом нельзя позволять двигаться. Если пострадавший находится без сознания, но дыхание и пульс являются устойчивыми, его необходимо уложить, освободить от стягивающей одежды, обеспечить приток свежего воздуха, дать понюхать нашатырный спирт, сбрызнуть лицо холодной водой. При

признаках нарушения дыхания – редкое, судорожное, следует начать проведение искусственного дыхания и закрытого массажа сердца.

#### Синдром длительного сдавливания

При обвалах, землетрясениях отдельные части тела (главным образом конечности) могут длительное время быть придавленными тяжелыми отломками, что приводит к развитию синдрома длительного сдавливания. Клиническая картина развивается после извлечения пострадавшего из-под обломков. При этом кости могут быть не повреждены, целостность кожных покровов не нарушена. Больные умирают чаще от острой почечной недостаточности. Основные периоды:

#### I (ранний)

– развитие гемодинамических расстройств в течение 2–3 дней, отмечаются коллапс, шок, местные явления в пораженных частях тела;

#### II (промежуточный)

– клинические проявления острой почечной недостаточности (3—12 дней);

#### III (поздний)

– преобладают местные изменения (от 10–14 до 60–80 дней) – секвестрации, контрактуры, гангрена.

#### Ведение пострадавших.

#### Последовательность необходимых мероприятий:

- 1) подкожно вводят раствор морфина 1 % 1–1,5 мл;
- 2) дают алкоголь (50–75 мл коньяка);
- 3) вводят вазотоники – кордиамин 1–2 мл подкожно, мезатон – 1 мл 1%-го раствора подкожно, норадреналина – 1–2 мл 0,1 %-го раствора в 500 мл 5%-го раствора глюкозы внутривенно капельно;
- 4) применение сердечных средств – строфантин 0,5 мл 0,05 %-го раствора внутривенно в 10 мл 40 %-го раствора глюкозы;
- 5) охлаждение пораженной конечности;
- 6) обильное питье горячего крепкого кофе, чая;
- 7) обменные переливания крови по 500–800 мл;
- 8) введение противошоковых жидкостей, плазмы, крови внутривенно, эуфиллин – 10 мл 2,4 %-го раствора внутривенно;
- 9) новокаиновые регионарные блокады 0,25 %-м раствором новокаина (по А. В. Вишневскому, по Н. Н. Бурденко);
- 10) введение парентерально 500–800 мл 5%-го раствора глюкозы, 500—1000 мл физиологического раствора, 200–300 мл 3–4 %-го раствора бикарбоната натрия;
- 11) диатермия почек.

Больные срочно госпитализируются в хирургическое отделение. В стационаре возможны проведение перитонеального диализа, подключение к аппарату «искусственная почка», по показаниям – ампутация конечности.

#### Утопление

При утоплении происходит кратковременная задержка дыхания, после которой возникают инспираторная одышка и потеря сознания. Паралич дыхательного центра возникает через 4–5 минут. Сердечная деятельность сохраняется в течение 15 минут. Человека можно вернуть к жизни путем проведения искусственного дыхания. Перед этим необходимо освободить его от одежды, очистить рот и нос от ила платком, положить пострадавшего

животом на колено так, чтобы голова свесилась вниз, сильно надавить на спину для удаления воды из желудка. Затем пострадавшего необходимо уложить на ровную поверхность и приступить к проведению искусственного дыхания.

#### Основы реанимации и терминальные состояния

##### Кессонная болезнь

Возникает при быстром переходе из среды с высоким давлением в среду, где давление нормальное, в результате кровь и ткани организма насыщаются газами – кислородом, азотом, углекислым газом. Скопление газов может привести к закупориванию кровеносных сосудов и их разрыву. После скрытого периода (не более 1 часа после декомпрессии) появляются зуд кожи конечностей, иногда всего тела, жжение, ощущение ползания мурашек, мраморность участков кожи с наклонностью к миграции, иногда мелкая гемморрагическая сыпь. Появляются боли в суставах (чаще коленных и плечевых), мышцах и костях (чаще бедренных), нередко перемежающегося характера, усиливающиеся при пальпации, движениях. При осмотре слышен хруст или крепитация, нередко происходит отек околоуставных тканей. Развивается астмоидное состояние, а также отек легких или инфаркт. Могут появляться за грудиной боли как проявление коронарной недостаточности, глухость тонов сердца, аритмия. Появляются метеоризм, боли в животе, тошнота, кровавая рвота. Развивается

##### Меньеровский симптомокомплекс

– сильные головные боли, головокружение, шум и звон в ушах, сопровождающиеся тошнотой, рвотой, нистагмом, потерей равновесия.

Могут появляться парезы и параличи, афазия, нарушения психики, в тяжелых случаях – бессознательное состояние.

Нередко развивается баротравма ушей с кровоизлиянием в барабанную перепонку или даже ее перфорацией.

##### Ведение пострадавших.

В специальном лечебном шлюзе проводится рекомпрессия (доведение давления до величины, при которой произошла разгерметизация). Давление медленно и постепенно снижается (из расчета 0,1 атм в течение 10 минут) до достижения нормального. Когда давление в лечебном шлюзе упадет ниже 2 атм, применяют вдыхание кислорода. По выходе из шлюза рекомендуются:

- 1) строгий постельный режим в течение 1–2 дней;
- 2) обильное питье;
- 3) внутрь раствор бромистого натрия 1 % по 1 ст. л. 3 раза в день;
- 4) теплые ванны;
- 5) внутривенное вливание 20–40 мл 40 %-го раствора глюкозы;
- 6) назначение кардиотоников (при необходимости);
- 7) внутривенно 10 мл 2,4 %-го раствора эуфиллина (при необходимости);
- 8) подкожно 1 мл 0,1 %-го раствора атропина (при необходимости).

##### Клиническая смерть

##### Клиническая смерть

– период жизни между жизнью и смертью, когда нет видимых признаков жизни, но в организме еще продолжают идти жизненные процессы, которые дают возможность оживления.



Длительность периода составляет 5–6 минут. После этого развиваются необратимые изменения в тканях организма.

Необходимо раннее проведение сердечно-легочной реанимации, включающей три стадии и девять этапов!

#### Стадия

##### I

– элементарное поддержание жизни.

##### Первый

этап – восстановление проходимости дыхательных путей: необходимо произвести тройной прием на дыхательных путях – запрокинуть голову пострадавшего, выдвинуть нижнюю челюсть вперед и открыть рот. Для выдвигания нижней челюсти нужно захватить II–V пальцами обеих рук восходящую ветвь нижней челюсти около ушной раковины и выдвинуть ее с силой вперед и вверх, смещая таким образом, чтобы нижние зубы выступали впереди верхних зубов. При обструкции дыхательных путей инородным телом пострадавшего необходимо уложить на бок и в межлопаточной области произвести 3–5 резких ударов нижней частью ладони, пальцем очистить ротоглотку, затем попытаться сделать искусственное дыхание. При отсутствии эффекта осуществить надавливание на живот. Ладонь одной руки надо приложить к животу по средней линии между пупком и мечевидным отростком, а вторую руку положить поверх первой и надавить на живот быстрыми движениями вверх по средней линии. При отсутствии восстановления проходимости дыхательных путей прибегают к интубации трахеи, коникотомии или трахеостомии (выполняется врачом).

##### Второй

этап (экстренная искусственная вентиляция легких и оксигенация) – вдувание воздуха или обогащенной кислородом смеси в легкие должно занимать 1–2 секунды, проводиться резко и до тех пор, пока грудная клетка не начнет заметно подниматься. Выдох происходит пассивно, но должен быть полным. Частота дыхания должна составлять 12–16 движений в минуту. Адекватность искусственного дыхания оценивается по периодическому расширению грудной клетки и пассивному выдыханию воздуха. При неадекватном пассивном дыхании необходимо производить вспомогательную вентиляцию легких. Для этого синхронно с вдохом производится дополнительное вдувание воздуха через 1–3 дыхательных движения. Вдувание должно быть плавным и по времени соответствовать вдоху больного.

##### Третий

этап (поддержания кровообращения) – после остановки кровообращения в сердце в течение 20–30 минут еще сохраняются функции автоматизма и проводимости, что делает возможным его запуск с применением наружного массажа сердца. На этом этапе при необходимости следует остановить кровотечение.

При проведении массажа сердца больной должен быть уложен на любую твердую поверхность. Руки реаниматора накладываются одна поверх другой ладонями книзу. Проксимальная часть нижней ладони должна находиться на нижней трети грудины, пальцы слегка приподняты. Прямыми руками делают толчкообразные надавливания на нижнюю треть грудины, смещая ее на 5–6 см. Толчки делаются с частотой 60 движений в 1 минуту, перерывы допускаются не более 5 секунд.

#### Стадия

##### II

– дальнейшее поддержание жизни.

##### Первый

этап (восстановление самостоятельного кровообращения) – необходимо начинать как можно раньше и повторять каждые 5 минут. Используется адреналин, первичная доза которого составляет 1 мг, при неэффективности вводится в той же дозе каждые 3–5 минут. Если процесс реанимации затягивается свыше 15–20 минут, применяется гидрокарбонат натрия в дозе 0,5–1,0 ммоль/кг. Хлористый кальций показан только при наличии гипокальциемии, гиперкалиемии и передозировке антагонистов кальция. При асистолии и брадисистолии показан атропин, его первичная доза составляет 1 мг. При неэффективности допустимо повторное введение атропина через 3–5 минут. Вводится лидокаин в количестве 80–100 мг внутривенно струйно, после достижения самостоятельного кровообращения проводится поддерживающая инфузия лидокаина в дозе 2–4 мг в минуту. Для профилактики повреждений мозга вводятся 2–4 г оксибутирата натрия, 20–40 мг седуксена, 2–5 мг/кг барбитуратов.

Второй

этап – проведение электрокардиоскопии и кардиографии.

Третий

этап – дефибрилляция с использованием дефибрилляторов постоянного или переменного тока. Медицинская сестра должна уметь выполнять эту процедуру. Один электрод располагается на передней поверхности грудной клетки ниже ключицы у правого края грудины, другой – в области верхушки сердца. Электроды должны быть смазаны специальной пастой или обернуты несколькими слоями марли, смоченной физиологическим или гипертоническим раствором, для уменьшения трансторакального сопротивления. Электроды плотно прижимаются к телу, предварительно ими сильно сдавливается грудная клетка также для уменьшения грудного сопротивления.

Дефибрилляция осуществляется в фазу выдоха. Сила начального разряда при наружной дефибрилляции должна составлять 3000–3500 В. Если первая попытка не удалась, то ее необходимо повторять, повышая напряжение каждый раз на 500 В. Максимальная сила разряда может быть 5000–6000 В. При открытой дефибрилляции начальная сила разряда может составлять 1500–1750 В, а предельное напряжение – 2500–3000 В.

Стадия

III

– длительное поддержание жизни.

Первый

этап – оценка быстроты, неосложненности динамики восстановления центральной нервной системы. Если больные приходят в сознание спустя несколько часов, у них отсутствует грубая соматическая патология.

Второй

этап – оценка осложненности динамики восстановления центральной нервной системы. Состояние характеризуется поздним восстановлением функций центральной нервной системы, когда бессознательное состояние длится более одних суток и осложняется общемозговой и полиморфной очаговой неврологической симптоматикой.

Третий

этап – восстановление сознания и коррекция недостаточности функций органов.

Если у больного, находящегося в состоянии клинической смерти, не удастся достичь восстановления периферического кровообращения в течение 20–30 минут, то реанимационные мероприятия заканчиваются. При отсутствии пульсации сонных и периферических артерий, расширенных зрачках, отсутствии дыхательной и сердечной деятельности, резко бледных и цианотичных кожных покровах может быть констатирована биологическая смерть.

Общее переохлаждение

Общее переохлаждение связано с длительным воздействием низкой температуры окружающей среды. Предрасполагающими причинами являются опьянение, ранение,

особенно со значительными потерями крови, голодание, утомление при больших переходах, старческий и детский возраст, внезапные потери сознания. Замерзание начинается с чувства озноба, вялости и усталости. Отмечаются напряжение, дрожание мышц. Кожа вначале краснеет, затем бледнеет и постепенно приобретает цианотичную окраску. Появляется ощущение усталости, вялости. Отмечаются зевота, сонливость. Чувствительность и реакции притупляются. Походка становится шаткой. Постепенно коченеют конечности. Артериальное давление снижается, дыхание ослабевает. При нарастающем падении сердечно-сосудистой деятельности, обычно во время засыпания, наступает смерть. Выделяют две стадии замерзания:

#### I

стадия, компенсированная – отмечаются учащение пульса, дыхания, повышение артериального давления, усиление обмена веществ, возбуждение;

#### II

стадия, декомпенсированная – потеря способности к терморегуляции; возможно развитие трех степеней отморожения: гиперемической, анемической (буллезной), гангренозно-некротической.

#### Ведение пострадавших:

- 1) пострадавшего необходимо внести в теплое помещение, согреть в теплой водяной ванне с постепенным повышением температуры воды в течение 20–40 минут с 18 °С до 36–40 °С;
- 2) провести осторожный массаж тела;
- 3) внутрь дать выпить вино, крепкий горячий кофе, чай, принять горячую пищу;
- 4) при остановке дыхания подкожно следует ввести 1 мл 0,1 %-го раствора адреналина, провести искусственное дыхание, ввести строфантин 0,5 мл 0,05 %-го раствора с 20 мл 40 %-го раствора глюкозы внутривенно. Подкожно можно ввести 1 мл 10 %-го раствора кофеина, внутривенно 40 мл 40 %-го раствора глюкозы. Возможно внутривенное введение 500–900 мл теплого физиологического раствора с одновременным введением гепарина (10 000—25 000 ЕД) под контролем свертываемости крови. Проводится переливание крови и кровезамещающих жидкостей в подогретом виде, суммарно до 1000 мл в сутки. Используются димедрол по 0,05 г 3 раза в день, супрастин по 0,025 г 3 раза в день.

Если температура тела снижается до 0 °С в прямой кишке, то вернуть к жизни пострадавшего не удастся.

#### Отморожения

Отморожения возникают при низкой температуре в сочетании с фактором времени. Предрасполагающими моментами могут быть повышенная влажность воздуха, ветер, резкая смена погоды, промокшая одежда, тесная обувь, общее ослабление организма. Различаются 4 степени отморожения:

#### I

степень характеризуется побледнением кожных покровов, их похолоданием, резким снижением или потерей чувствительности. После согревания на бледном фоне кожи появляются красные или фиолетовые пятна, отечность тканей, боль, зуд, парестезия;

## II

степень характеризуется образованием пузырей, содержащих светлый экссудат. Субъективные ощущения и отек более интенсивны;

## III

степень характеризуется изменением содержания экссудата пузырей на геморагический, дно их составляет омертвевшая кожа;

## IV

степень сопровождается мумификацией или влажной гангреной с повреждением костей.

### Ведение пострадавших:

- 1) проводится быстрое согревание больного, внутрь дается теплое питье, алкоголь. Отмороженные участки помещают в теплую ванну (35–36 °C) на 20–30 минут, делают легкий массаж;
  - 2) подкожно вводится 3000 АЕ противостолбнячной сыворотки;
  - 3) подкожно вводится 1 мл 1%-го раствора морфина;
  - 4) после согревания при необходимости проводится первичная обработка отмороженных участков. Кожа обрабатывается спиртом. Отслоившийся эпидермис удаляют ножницами. Сохранные пузыри не вскрывают. Затем проводится орошение теплым физиологическим раствором, 0,5 %-м раствором новокаина, вазелином или рыбьим жиром. Региональные новокаиновые блокады проводятся 0,25 %-м раствором новокаина;
  - 5) в ранние сроки отморожения конечностей хороший эффект оказывает внутриартериальная инфузия «коктейля», состоящего из 25–50 мл 0,25–0,5 %-го раствора новокаина, физиологического раствора и 5 %-го раствора глюкозы по 150–200 мл и 10 000–30 000 ЕД и более гепарина;
  - 6) при отморожениях III и IV степеней показано оперативное лечение.
- Отравления

Пути попадания яда в организм многообразны, что определяет клиническую картину отравления. Яд может попадать в организм через желудочно-кишечный тракт, дыхательные пути, кожу и слизистые оболочки, конъюнктиву глаза, ошибочных инъекциях или инфузиях. Меры первой помощи зависят от отравляющего вещества. Необходимо в первую очередь выяснить его природу, расспросить больного или близких к нему в этот период людей обо всех обстоятельствах, предшествующих отравлению. Природу ядовитого вещества иногда можно выяснить по внешнему виду и запаху. Необходимо обращать внимание на запах воздуха (алкоголь, эфир, хлороформ и др.). Большое значение имеют вид и запах рвотных масс, испражнений. Затем нужно по возможности удалить яд из организма или обезвредить его, принимать меры для устранения сигнальных симптомов отравления, которые могут быть угрожающими для жизни больного (поражения нервной системы, сердца).

### Ведение пострадавших:

- 1) при ингаляционных отравлениях пострадавшего вынести из пораженной зоны, обеспечить приток свежего воздуха;
- 2) при отравлении высокотоксичными химическими соединениями снять с пострадавшего верхнюю одежду, на которой может адсорбироваться токсическое вещество;
- 3) при попадании токсических веществ на кожные покровы промыть их проточной водой;

4) при укусах змей, подкожном или внутримышечном введении токсических доз лекарственных средств использовать холод местно (на 6–8 часов), циркулярные новокаиновые блокады конечности выше места попадания яда.

В течение первых 20–30 минут после введения аллергенного препарата проводят инъекцию адреналина 0,3–0,5 мл 0,1 %-го раствора с 2–3 мл 0,5 %-го раствора новокаина и отсасывают яд из ранки ртом.

#### Ведение пострадавших.

При попадании яда через кожу или наружные слизистые оболочки проводится промывание пораженных поверхностей большим количеством жидкости (физиологическим раствором, слабыми кислыми или щелочными растворами), иногда яд отсасывается в месте его проникновения (змеиный яд). Из желудка яд извлекается промыванием, использованием рвотного рефлекса и рвотных средств. Из кишечника яд удаляется применением сильнодействующих слабительных средств, лучше всего слабительными солями (сернокислой магнезией, сернокислым натрием). Нижний отрезок кишечника промывается высокой очистительной клизмой. Если яд уже всосался в кровь, то его необходимо выводить через почки. Отравленным лицам дается обильное питье. При невозможности выполнения у пострадавшего глотательных движений проводятся подкожные, а иногда внутривенные введения физиологического раствора и 5 %-ой глюкозы. В экстренных случаях проводится кровопускание (до 400–500 мл) с последующим введением физиологического раствора и 5 %-й глюкозы. Для лучшего выделения мочи назначаются мочегонные средства. Возможно назначение горячих ванн с последующим укутыванием для выведения ядовитых веществ путем потоотделения. За пострадавшими устанавливается внимательное наблюдение и уход:

- при снижении температуры тела или похолодании конечностей больных укутывают теплыми одеялами, растирают, дают горячее питье, обкладывают грелками или бутылками с водой;
- в случае угнетения дыхательного центра для его возбуждения применяют холодные обливания затылка, лед (в теплой ванне), вдыхания кислорода в смеси с углекислотой (5–7 %), инъекции атропина, кофеина;
- при явлениях сердечной недостаточности применяются кофеин, кордиамин, мезатон;
- возбуждение нервной системы снимается назначением успокаивающих и снотворных средств;
- при судорогах используются хлоралгидрат внутрь или в клизмах, вдыхание хлороформа;
- для снятия резких болей используют морфин, промедол или пантопон, которые вводят подкожно.

Обезвреживание яда производится путем использования противоядий. Для поглощения ядовитых веществ к промывной воде прибавляются животный уксус, танин, марганцовокислый калий. Назначают обильное питье молока, белковой воды, яичного белка и пр. При отравлении щелочами внутрь назначают кислоты, при отравлении кислотами – щелочи. Используются промывания желудка, опорожнения кишечника, адсорбция яда. Выраженной способностью к поглощению токсических веществ обладает активированный уголь (карболол), который используется в виде жидкой водной кашицы в количестве 2–3 столовых ложек, вводимых через зонд в желудок перед его промыванием. Активированный уголь эффективен при отравлениях растительными ядами, алкалоидами. Ощелачивание крови в сочетании с водной нагрузкой используется при лечении острых отравлений барбитуратами, салицилатами и другими химическими веществами, имеющими кислую реакцию, при отравлении гемолитическими ядами. Внутривенно капельно вводится 500–1500 мл 4%-го раствора гидрокарбоната натрия в сутки. При этом необходим постоянный контроль кислотно-щелочного баланса для поддержания постоянной щелочной реакции мочи (рН выше 8,0).

Солнечный удар

#### Солнечный удар

– продолжительное воздействие солнечных лучей, приводящее к расширению мозговых кровеносных сосудов.

Происходит прилив крови к голове с возможным развитием воспаления мозговых оболочек или даже непосредственно головного мозга (менингит, энцефалит). Первыми признаками являются покраснение лица и сильные головные боли. Затем появляются тошнота, головокружение, потемнение в глазах и рвота. Больной впадает в бессознательное состояние, появляется одышка, снижается сердечная деятельность.

#### Ведение пострадавших.

В первую очередь надо немедленно вынести пострадавшего из тепловой зоны в тень, желательно, чтобы это место было открыто для ветра. Затем надо освободить человека от верхней одежды, раздеть до пояса, после чего смочить его лицо и грудь прохладной водой. Можно, как веером, обдувать его любыми подручными средствами. Если пострадавший в сознании и может пить, надо дать ему холодную воду. При ослаблении сердечной деятельности следует ввести кордиамин, кофеин, при остановке дыхания – провести искусственное дыхание.

В профилактических целях необходимо прикрывать голову при нахождении на солнце, обливаться холодной водой.

#### Тепловой удар

##### Тепловой удар

– болезненное состояние, возникающее вследствие перегрева тела.

К перегреванию тела приводят высокая внешняя температура, плотная одежда, задерживающая испарения кожи, усиленная физическая работа. Тепловые удары бывают в жаркую погоду, в душных жарких помещениях, при недостатке питьевой воды. При перегревании появляются вялость, усталость, головокружение, головная боль, сонливость. Лицо становится красным, походка – шаткой, а дыхание – затрудненным. Температура тела поднимается до 40 °С. Больной может потерять сознание. Кожа лица бледнеет, появляется синюшный оттенок, на ощупь кожа холодная, пульс – нитевидный и учащенный.

Больного необходимо удалить из душного помещения, сделать клизму из прохладной воды, дать понюхать нашатырный спирт, при ослаблении сердечной деятельности ввести кордиамин, кофеин, при остановке дыхания провести искусственное дыхание.

#### Удушение

##### Удушение

– сдавление шеи петлей или между какими-либо плотными предметами.

Смерть наступает через 4–5 минут. На шее остаются странгуляционная бороздка (бледная или бурая), кровоизлияния.

Если смерть не наступила, отмечают потерю сознания, боли в мягких тканях шеи, боли при пальпации рожков подъязычной кости, хрящевой гортани, отек гортани, ретроградная амнезия, психические расстройства, параличи, отек или воспаление легких, которые могут привести к смерти через несколько часов или дней.

Человека можно вернуть к жизни путем проведения искусственного дыхания. Перерезая веревку, необходимо поддерживать больного снизу. Затем пострадавшего необходимо уложить на ровную поверхность и немедленно приступить к проведению искусственного дыхания. После этого его нужно растереть, дать понюхать нашатырный спирт, ввести сердечные средства. Повреждения на шее лечатся хирургическим путем.

#### Глава 4 Неотложные состояния

##### Лечебные мероприятия при неотложных состояниях

###### Анафилактический шок

Анафилактический шок развивается в ответ на введение чужеродного белка. Все лечебные мероприятия проводятся безотлагательно, комплексно. Для этого следует:

- 1) уложить больного, повернуть голову в сторону, опустить слегка головной конец, фиксировать язык, приложить к ногам теплые грелки, дать кислород;
- 2) выше места введения лекарственного препарата или укуса насекомого наложить жгут, обколоть этот участок 0,3–0,5 мл 0,1 %-го раствора адреналина подкожно, в другую руку ввести внутривенно или внутримышечно преднизолон 3 %-й раствор 2–4 мл (60–120 мг). Возможно введение дексаметазона 0,4 %-го раствора 2–3 мл (8–12 мг) или 125 мг гидрокортизона, предназначенного для внутривенного введения. Глюкокортикоиды вводятся внутривенно с 10–15 мл физиологического раствора или с 10–15 мл 5%-й или 40 %-й глюкозы;
- 3) при отсутствии эффекта инъекции адреналина повторить через 10–15 минут подкожно по 0,3–0,5 мл 0,1 %-го раствора под контролем артериального давления. Передозировка адреналина может вызвать фибрилляцию желудочков;
- 4) внутримышечно ввести антигистаминные препараты: 2 мл 1%-го раствора супрастина или 2 мл 1%-го раствора димедрола;
- 5) при наличии бронхоспазма (наблюдаются асфиксия, цианоз) внутривенно ввести 10 мл 2,4 %-го раствора эуфиллина с 10 мл физиологического раствора или 5 %-м или 40 %-м раствором глюкозы;
- 6) при наличии судорог внутримышечно ввести 2–4 мл 0,5 %-го раствора седуксена или 1–2 мл дроперидола;
- 7) если шок вызван введением пенициллина, внутримышечно ввести 1 000 000 ЕД пенициллиназы;
- 8) дополнительно возможно введение 1 мл 5%-го раствора эфедрина, 2 мл кордиамина, 2 мл 10 %-го раствора кофеина. Инъекции кордиамина можно повторять каждые 10–15 минут до подъема артериального давления.

###### Гемотрансфузионный шок

Гемотрансфузионный шок возникает в результате групповой несовместимости и по резус-фактору. При несовместимости по резус-фактору необходимо:

- 1) немедленно прекратить переливание;
- 2) начать вливание 300–500 мл одногруппной резус-отрицательной крови;
- 3) при выраженной реакции провести обменное переливание крови – массивное кровопускание с одновременным введением адекватного количества резус-отрицательной одногруппной крови (метод Э. Р. Гессе и А. Н. Филатова); в случае отсутствия, безусловно, совместимой крови после кровопускания проводить вливание кровезаменителей, противошоковых жидкостей. Также показано:
  - проведение двусторонней новокаиновой паранефральной блокады по А. В. Вишневскому;
  - внутривенное и подкожное введение 500–1000 мл 5%-го раствора глюкозы и физиологического раствора или 500–600 мл полиглюкина внутривенно;
  - внутривенное введение 40–60 мл 40 %-го раствора глюкозы с 10–15 мл 5%-го раствора аскорбиновой кислоты;

- ингаляция кислорода, карбогена;
- введение сердечных средств – строфантин 0,5–1 мл 0,05 %-го раствора внутривенно в 10–15 мл 40 %-го раствора глюкозы, вводить медленно;
- сосудистые средства – 1–2 мл 10 %-го раствора кофеина подкожно, адреналина, норадреналина, мезатона, кордиамина;
- защитная терапия печени – липотропные вещества, витамины группы В, С;
- глюкокортикоиды – преднизолон по 20–30 мг;
- антигистаминные препараты – димедрол, супрастин, пипольфен;
- анальгетики, седативные препараты;
- гипотензивные препараты при высоком артериальном давлении;
- диатермия области почек; в дальнейшем проведение диализа – перитонеального, почечного.

При гемотрансфузионном шоке в результате групповой несовместимости мероприятия те же.

#### Гиперкалиемия

Развивается при многих патологических состояниях: недостаточности функции надпочечников, нелеченном диабете, почечной недостаточности и анурии, гемолизе, тканевом распаде с освобождением калия, передозировке солей калия и др. Развиваются утомленность, мышечная слабость, появляются ощущения онемения, парестезии.

Развивается вялый паралич, брадикардия, тоны сердца глухие, аритмии. Смерть может наступить от остановки сердца в фазе диастолы при явлениях коллапса, помрачения сознания. В крови гиперкалиемия, снижение резервной щелочности крови.

#### Ведение больных.

##### Необходимые мероприятия:

- 1) постельный режим, углеводная диета;
- 2) введение антидота – хлористого кальция или глюконата кальция, 10 %-го раствора 10–15–20 мл внутривенно;
- 3) инсулин 20–30 ЕД подкожно. Одновременно следует наладить капельное внутривенное введение 5 %-го раствора глюкозы 500–800 мл. Необходимо иметь наготове шприцы с 40 %-м раствором глюкозы (40–60 мл) для оказания помощи в случае развития гипогликемии;
- 4) тестостерон-пропионат вводится внутримышечно в количестве 1–1,5 мл 1%-го масляного раствора, снижает уровень калия в крови;
- 5) на госпитальном этапе проводится этиологическая терапия основного патологического процесса.

#### Гипокалиемия

##### Гипокалиемия

– снижение содержания солей калия в организме.

Причинами являются: уменьшение поступления калия, увеличение выделения калия почками и желудочно-кишечным трактом, перемещение внеклеточного калия в клетки, разведение внутрисосудистой жидкости, хроническая декомпенсация сердца. Явления гипокалиемии развиваются при падении концентрации калия в сыворотке крови.

Появляются общая слабость, недомогание, головокружение, одышка, чувство нехватки воздуха, сердцебиение, мышечная слабость, потеря аппетита, тошнота, позднее – рвота. Отмечаются метеоризм, запор, задержка мочи. Больные вялые, мышцы дрябловатые, ослабевают или исчезают сухожильные рефлексы, развивается вялый паралич мышц конечностей. Тоны сердца приглушены. Отмечаются тахикардия, систолический шум на верхушке. Пульс частый, мягкий, аритмичный. Артериальное давление понижено, венозное – повышено. Наблюдаются снижение уровня калия в крови и в тканях,



падение концентрации ионов хлора, повышение резервной щелочности крови, алкалоз, ликвидирующийся только от введения солей калия. Смерть наступает при явлениях паралича дыхательной мускулатуры и сердечной слабости.

#### Ведение больных.

При гипокалиемии показаны следующие мероприятия:

- 1) постельный режим, диета, обогащенная калийсодержащими продуктами (печеным картофелем, цветной капустой, мясным бульоном, виноградом и виноградным соком, морковным соком, изюмом, курагой и др.);
- 2) введение в организм солей калия: хлористого калия внутрь по 2 г 6 раз в день или цитрата калия внутрь по 0,75 г 6–8 раз в день с пищей; 0,4 %-го раствора хлористого калия в 500 мл 5%-го раствора глюкозы внутривенно капельно;
- 3) в госпитальных условиях проводятся внутривенное переливание плазмы 150–200 мл и более, этиологическая терапия.

#### Гипертонический криз

Гипертонический криз возникает обычно после психических травм, волнений, отрицательных эмоций, в особенности нервных перенапряжений, а также метеорологических воздействий (атмосферного давления, влажности воздуха, температуры). Назначаются:

- 1) строгий постельный режим;
- 2) горчичники на икроножные мышцы и область затылка или горячая ножная ванна;
- 3) капотен 6,5—50 мг под язык, коринфар 10–20 мг под язык, клофелин 0,075—0,15 мг под язык, фуросемид 80—120 мг под язык, лабетолол 200–400 мг под язык;
- 4) при неэффективности применяют дибазол 1 %-й раствор 3–5 мл внутримышечно (эффективнее внутривенно);
- 5) при клинике нерезко выраженных нарушений мозгового кровообращения – сульфат магния 25 %-й раствор 10 мл внутримышечно;
- 6) эуфиллин 2,4 %-й раствор 5—10 мл внутривенно;
- 7) при осложненном гипертоническом кризе 10 мл 25 %-го раствора сульфата магния, 0,5–1 мл 5%-го раствора пентамина, мочегонные средства (40–80 мг лазикса).

#### Колика печеночная

Развивается при желчнокаменной болезни и дискинезиях желчных путей. Появляются резкие схваткообразные боли в правом подреберье с иррадиацией под правую лопатку, в правое плечо, в подлопаточную область, в межлопаточное пространство, реже в левую лопатку и в область сердца. Боли длятся от нескольких минут до нескольких часов, у пожилых больных могут сопровождаться рефлекторной стенокардией. Мышцы живота в зоне правого подреберья обычно напряжены, имеется кожная гиперестезия. В положении на левом боку, при глубоком вдохе боль усиливается. Больной беспокоен. Лицо бледное, сменяется покраснением. Отмечаются субиктеричность или иктеричность конъюнктивы склер, слизистой мягкого нёба. Язык сухой. Часто отмечаются икота, тошнота, рвота желчью, метеоризм, повышение температуры тела до 38–39 °С. В моче уробилинурия. Кожный зуд, желтуха обычно появляются при приступах, длящихся более суток.

#### Ведение больных.

При колике печеночной показаны следующие мероприятия:

- 1) больной госпитализируется в хирургическое отделение;
- 2) назначается постельный режим, холод на область печени;
- 3) подкожно вводится 1 мл 0,1 %-го раствора атропина;

- 4) назначается 1–2 капли 1 %-го раствора нитроглицерина на кусочек сахара или 1 таблетка нитроглицерина под язык, валидол. Эти средства снимают спазм гладкой мускулатуры желчных путей и приступы рефлекторной стенокардии;
- 5) внутривенно вводится 10–15 мл 2,4 %-го раствора эуфиллина;
- 6) при отсутствии эффекта применяется подкожное введение 1 мл 1%-го раствора морфина или 2 %-го раствора пантопона, но только после исключения острого холецистита, перфорации желчного пузыря, перитонеальных явлений, острого аппендицита, перфорации язвы желудка, острого панкреатита. Морфин вводится одновременно с 1 мл 0,1 %-го раствора атропина или 0,2 %-го раствора платифиллина;

7) назначается дыхание кислорода, паравerteбральная новокаиновая блокада справа в области D  
8—10  
(до 8—15 мл 0,5 %-го раствора);

- 8) проводится антибактериальная терапия.

#### Колика почечная

Развивается при почечнокаменной болезни, реже при перегибе мочеточника, гидронефрозе, опухоли почки. Появляются схваткообразные острые боли, начинающиеся в пояснице и иррадиирующие вниз, по ходу мочеточника, в пах, мочевого пузыря, бедро, у мужчин – в яички, у женщин – в наружные половые губы. Больной бледен, покрыт холодным потом. Пульс малый, частый. Могут быть экстрасистолы, приступы рефлекторной стенокардии. Нередко развивается обморочное состояние, реже – коллапс. Могут быть тошнота, икота, рвота, озноб и повышение температуры до 38–38,5 °С. При пальпации резкая болезненность поясничной области, боли усиливаются при малейших движениях и поворотах, отчетливо выражен симптом Пастернацкого. На высоте приступа отмечается анурия при наличии позывов на мочеиспускание. Во время приступа и после него появляется гематурия. Приступ длится от нескольких минут до нескольких часов и даже дней, сопровождается метеоризмом.

#### Ведение больных.

При почечной колике показаны следующие мероприятия:

- 1) больной должен быть госпитализирован в хирургическое отделение;
- 2) назначаются покой, постельный режим;
- 3) на поясницу и живот кладутся грелки, проводятся горячие круговые обертывания на область почек, диатермия области почек;
- 4) подкожно вводятся 1 мл 0,1 %-го раствора атропина с 2 мл но-шпы, 2 мл 2%-го раствора папаверина или 0,2 %-го раствора платифиллина;
- 5) даются 1–2 капли 1 %-го раствора нитроглицерина на кусочек сахара или 1 таблетка нитроглицерина под язык, валидол. Эти средства снимают спазм гладких мышц мочеточников и приступы рефлекторной стенокардии;
- 6) при отсутствии эффекта проводится подкожное введение 1 мл 1%-го раствора морфина или 2 %-го раствора пантопона одновременно с 1–2 мл 2%-го раствора папаверина;

7) осуществляются паравerteбральная новокаиновая блокада в зоне D  
12  
—L  
1  
(до 8—15 мл 0,5 %-го раствора), паранефральная блокада по А. В. Вишневскому;

- 8) рекомендуются теплая ванна (37–40 °С), теплые клизмы с ромашкой, свечи с белладонной, атропином, папаверином;
- 9) показано обильное питье воды, чая, минеральных вод (до 3 л в сутки);

10) назначаются сердечные и сосудистые средства по показаниям.

Коллапс

При коллапсе наблюдаются головокружение, потемнение в глазах, звон в ушах, возможны потеря сознания, холодный пот, похолодание конечностей, учащенное поверхностное дыхание, малый нитевидный пульс, падение артериального давления. В отличие от обморока характерны большая длительность и тяжесть проявлений.

Ведение больных:

- 1) уложить больного в постель, голове придать заниженное положение;
- 2) дать кордиамина 0,2 %-й раствор 1–2 мл внутримышечно;
- 3) использовать мезатон 1 %-й раствор 1 мл внутривенно или внутримышечно;
- 4) согреть больного (укрыть одеялом, положить грелки), назначить обильное питье горячего крепкого чая, кофе.

Кома анемическая

Кома анемическая относится к осложнениям любой хронической анемии, но чаще всего пернициозной. Начало постепенное, как правило, в период тяжелого рецидива болезни.

Сознание – бессознательное или полубессознательное. Появляется резкая бледность с лимонно-желтым оттенком, кожа становится холодной, покрыта липким потом.

Отмечаются выраженная одышка, рвота, непроизвольное мочеиспускание. Пульс частый, малый, артериальное давление понижено. Тоны сердца глухие, систолический шум в зонах проекции всех отверстий. Рефлексы резко понижены или даже отсутствуют. Температура тела понижена. В крови отмечаются значительное уменьшение числа эритроцитов, уровня гемоглобина, изменение цветового показателя; анизоцитоз, пойкилоцитоз, полихроматофилия, лейкопения, тромбоцитопения. В моче – уробилин.

Для анемической комы при болезни Аддисона—Бирмера характерны иктеричность склер и кожных покровов, сухость кожи и ломкость ногтей, снижение температуры тела, пастозность подкожной клетчатки на стопах, лодыжках и голенях. Прогрессивно снижается артериальное давление, появляется сильная одышка. Отмечаются потеря сознания, рвота, арефлексия, непроизвольное мочеиспускание. Характерны «злаковый»

язык – глоссит, гепато-и спленомегалия (не во всех случаях), симптомы фуникулярного миелоза.

Ведение больных:

- 1) срочная госпитализация;
- 2) ингаляция кислорода;
- 3) внутримышечное введение 1–2 мл 25 %-го раствора кордиамина;
- 4) применение на госпитальном этапе сердечных и сосудистых средств по показаниям;
- 5) проведение симптоматической терапии, усиленное белковое питание, назначение препаратов железа;
- 6) при гипохромной анемии внутривенное введение препаратов железа (медленно, 8—10 минут);

7) переливание крови или эритроцитарной массы капельным способом (150–200 мл и более). При пернициозной коме одновременно с введением витамина В

12

переливают 250–300 мл эритроцитарной массы.

#### Кома гипохлоремическая

Кома гипохлоремическая развивается в результате уменьшения содержания хлоридов в крови. Наблюдается при частой продолжительной рвоте или в случае употребления в течение длительного времени ахлоридной пищи, недостаточности надпочечников, при длительном применении мочегонных препаратов и др. Появляются слабость, частая рвота, жажда. Кожа сухая, черты лица заостряются. Отмечаются гипотония, мышечные подергивания, положительные симптомы Хвостека, Труссо. В крови гипохлоремия, умеренная азотемия, эритроцитоз, повышенное количество гемоглобина, лейкоцитоз, сдвиг рН крови в щелочную сторону. В моче наблюдается снижение содержания хлоридов. Развиваются бессознательное состояние, иногда положительные менингеальные симптомы.

#### Ведение больных:

- 1) внутривенное введение 20 мл 10 %-го раствора поваренной соли 2–3 раза в день;
- 2) введение физиологического раствора: 500 мл (капельно под кожу), 1000 мл 1 раз в сутки в клизме;
- 3) парентеральное введение гормональных препаратов;
- 4) прием сердечных и сосудистых средств;
- 5) в тяжелых случаях проведение переливания крови или плазмы, внутривенное введение 40 %-го раствора глюкозы – 50 мл.

#### Кома кетоацидотическая (гипергликемическая)

Кома кетоацидотическая (гипергликемическая) развивается постепенно, в сроки от 12 часов до нескольких суток. Кома сопровождается потерей сознания, понижением артериального давления. Дыхание становится редким, шумным, глубоким, с удлиненным вдохом и коротким выдохом (дыхание Куссмауля), ощущается запах ацетона в выдыхаемом воздухе. Тонус глазных мышц снижен, зрачки сужены, снижены сухожильные и периостальные рефлексы. Уровень сахара в крови выше 19,42 ммоль/л.

#### Ведение больных:

- 1) в первую очередь необходимо исключить гипогликемическую кому;
- 2) введение инсулина внутривенно (40 ЕД инсулина с 20 мл 5%-го раствора глюкозы) и 40–50 ЕД инсулина подкожно. После этого инсулин вводится в дробных дозах через каждые 1–2 часа (по 10–25 ЕД) при обязательном контроле уровня сахара крови;
- 3) через 2 часа повторное внутривенное введение раствора глюкозы 5 % – 20 мл;
- 4) внутривенное введение до 1 л физиологического раствора;
- 5) введение 1–2 мл раствора кордиамина 0,2 % подкожно.

#### Кома гипогликемическая

Кома гипогликемическая развивается при передозировке вводимого инсулина, при понижении инсулинактивирующей способности печени. В крови отмечается уровень глюкозы ниже 3,88 ммоль/л, что приводит к нарушению питания головного мозга. Появляются чувство голода, слабость, развивается спутанность сознания. Тонус мышц повышается, нередки тонические или клонические судороги, зрачки широкие, дыхание нормальное, запаха ацетона в выдыхаемом воздухе нет.

#### Ведение больных.

При развитии гипогликемического состояния необходимо срочно дать больному сладкий горячий чай, сладкую конфету, вызвать врача, внимательно следя за

изменением состояния. При тяжелом состоянии из медикаментозных средств рекомендуется введение глюкозы 40 % – 20 мл внутривенно и адреналина 0,1 % – 0,5–1 мл подкожно.

#### Кома надпочечниковая

Кома надпочечниковая возникает в результате тромбоза сосудов надпочечников, кровоизлияний, острых инфекций, физических травм, ожогов и хирургических вмешательств, например, удаление опухоли коркового вещества, при быстрой отмене корти-костероидных препаратов после операции струмэктомии и т. д. Характерна

#### триада

проявлений:

адиамаия, гипотония

и

гипогликемия.

Появляются сильные боли в животе, справа и слева от пупка, тошнота, рвота, икота, понос. Состояние коллаптоидное с понижением артериального давления и частым нитевидным пульсом. В дальнейшем появляются судороги, развивается кома. Характерны бледность кожных покровов, цианотичность, холодный пот. Живот мягкий, не напряженный. В редких случаях прощупывается опухоль в области почек. При наличии инфекции отмечается повышение температуры тела. В крови нейтрофильный лейкоцитоз, умеренная эозинофилия. Нередко отмечаются гипогликемия и повышение остаточного азота и калия, уменьшение содержания натрия.

#### Ведение больных.

Лечение включает следующие составляющие:

1. Полный физический и психический покой, постельный режим.
2. При тяжелом состоянии и резком снижении артериального давления внутривенно или внутримышечно вводят раствор преднизолона 3 % – 2–4 мл (60—120 мг). Возможно введение дексаметазона 0,4 % в растворе – 2–3 мл (8—12 мг) или 125 мг гидрокортизона, предназначенного для внутривенного введения. Глюкокортикоиды вводятся внутривенно с 10–15 мл физиологического раствора или с 10–15 мл 5%-й или 40 %-й глюкозы.
3. Назначается пища, богатая солями калия и натрия.

#### Кома печеночная

Кома печеночная является конечной стадией течения печеночных заболеваний и чаще развивается при болезни Боткина, циррозах печени, ангиохолитах с вовлечением печени, отравлении грибами, хлороформом, четыреххлористым углеродом, фосфором, мышьяком и др. Очень редко развивается при тиреотоксикозе. Функция печени снижается, одновременно прогрессируют внепеченочные изменения со стороны нервной системы, желудочно-кишечного тракта, почек, сердца и других органов. Появляются тошнота, икота, рвота, потеря аппетита. Нарастают апатия, вялость, сонливость. Они сменяются возбужденным состоянием – бредом, беспокойством, судорогами, иногда эпилептиформными припадками. Отмечаются желтушность кожи и склер, иногда скарлатиноподобная сыпь на коже. Язык обложен грязноватым налетом. Возникают тошнота, рвота пищей или кровью. Изо рта специфический печеночный запах. Размеры печени уменьшены, консистенция мягкая. Может увеличиваться селезенка. Температура тела чаще снижается, иногда отмечается повышение до 39–40 °С. Пульс частый, плохого наполнения, тоны сердца глухие, артериальное давление снижено. Моча темного цвета, отмечаются цилиндрурия, альбуминурия, билирубиурия. В крови лейкоцитоз,

повышение количества билирубина, остаточного азота и аммиака, гипокальциемия и гипокалиемия. В дальнейшем может наступить возбуждение, которое затем снова сменяется сонливым состоянием. Возможны потеря сознания, появление коматозного состояния. Появляются глубокое дыхание, расширение зрачков, симптом Бабинского. Возникают кожные кровоизлияния, кровоточивость десен, нарастает интенсивность желтухи.

#### Ведение больных.

Показано проведение таких мероприятий, как:

- 1) немедленная госпитализация;
- 2) внутривенное введение 60–80 мл 40 %-го раствора глюкозы с 10 мл 5%-го раствора аскорбиновой кислоты 2 раза в день;
- 3) подкожное введение 500 мл 5%-го раствора глюкозы с 10 ЕД инсулина 2 раза в день;
- 4) капельные клизмы и капельные дуоденальные инфузии с 5 %-м раствором глюкозы (1000–1500 мл);
- 5) внутривенное введение преднизолона 150–300 мг на госпитальном этапе;
- 6) внутримышечное введение 1 мл 3–6 %-го раствора тиамин-бромгидрата, 1–2 мл 2,5 %-го раствора пиридоксина подкожно или внутримышечно, 1–2 мл 2,5 %-го раствора никотиновой кислоты внутривенно;
- 7) введение сердечно-сосудистых средств;
- 8) переливание цельной крови и плазмы – по 200–250 мл;
- 9) при возбуждении хлоралгидрат в клизме (осторожно);
- 10) применение липотропных средств;
- 11) антибиотикотерапия;
- 12) при замедлении свертывания крови введение по 3–5 мл 0,3 %-го раствора викасола внутримышечно, в последующем с переходом к таблетированным формам.

#### Ведение больных.

Диета должна быть углеводистой с достаточным количеством белка (творога) и ограничением жира. Рекомендуется обильное питье щелочных вод, настоя шиповника с медом.

#### Кома тиреотоксическая

Кома тиреотоксическая возникает у больных базедовой болезнью, особенно после присоединения инфекции или после психической травмы. Отмечаются общее нервно-психическое возбуждение и общий тремор, сменяющиеся постепенным угнетением сознания и его полной потерей. Может быть полубессознательное состояние. На вопросы больной отвечает с трудом, а затем не отвечает. Речь затрудненная, спутанная. Возникают тошнота, иногда рвота и понос, желтуха, повышение температуры тела (до 38–40 °С). Наблюдается самопроизвольное отхождение мочи и кала. Щитовидная железа увеличена. Пульс частый, аритмичный, тоны сердца глухие, артериальное давление нормальное или пониженное.

#### Ведение больных.

Первыми мерами лечения являются:

- 1) срочная госпитализация;
- 2) мерказолил по 0,005 г 3–4 раза в день, можно в свечах 2 раза в день по 0,005 г;
- 3) клизмы с хлоралгидратом;

- 4) введение на госпитальном этапе внутривенно 5—10 мл 10 %-го раствора йодистого натрия;
  - 5) длительные капельные инфузии 2000 мл 5%-го раствора глюкозы и физиологического раствора внутривенно и подкожно;
  - 6) внутривенное введение 20–40 мл 40 %-го раствора глюкозы с 5—10 ЕД инсулина;
  - 7) введение 1–2 мл 25 %-го раствора кордиамина;
  - 8) подача кислорода;
  - 9) внутримышечное введение преднизолона по 5 мг 4 раза в сутки;
  - 10) внутривенное введение 10 мл 10 %-го раствора хлористого натрия;
  - 11) при возбуждении подкожное введение 1 мл 1%-го раствора морфина; внутрь 0,1 г фенобарбитала 3 раза в день.
- Кома уремиическая

Кома уремиическая развивается при хроническом нефрите, нефроангиосклерозе, амилоидно-липидном нефрозе, хроническом пиелонефрите, гидронефрозе, сулемовом отравлении, камнях почек. Развивается постепенно, медленно, коматозному состоянию предшествует появление уремии. Постепенно нарастают общая слабость, вялость, сонливость, зуд кожи. Снижается аппетит (вплоть до исчезновения), появляются тошнота и даже рвота, поносы (иногда с кровью). Отмечаются сухость во рту, запах аммиака изо рта, стоматит. Кожа бледная, сухая, иногда со следами расчесов и мелких кровоизлияний. Отмечаются мелкие судорожные подергивания тела, особенно часто – мышц лица и конечностей. Возникает ухудшение зрения, зрачки сужены и вяло реагируют на свет. Дыхание глубокое, шумное (куссмаулевское), иногда происходит приступ «уремической астмы».

Артериальное давление повышено, пульс напряжен, брадикардия. Может быть шум трения перикарда. В моче – «монотонный» низкий удельный вес, микроальбуминурия, микрогематурия. В дальнейшем сонливость усиливается, и больной впадает в бессознательное или чаще полубессознательное состояние.

Ведение больных.

Мерами первой помощи являются:

- 1) немедленная госпитализация;
- 2) внутривенное капельное (или в клизме) введение 20–30 мл 40 %-го раствора глюкозы вместе с гидрокарбонатом натрия 5 %-м раствором (200–500 мл);
- 3) внутримышечное введение 1–2 мл 0,2 %-го раствора кордиамина;
- 4) введение 6–8 л 0,5 %-го раствора дибазола при высоком артериальном давлении;
- 5) использование энтеросорбентов (активированного угля, полифепана, фильтрума и др.);
- 6) прием 1 мл 2,5 %-го раствора аминазина внутримышечно при упорной рвоте;
- 7) введение подкожно 1 мл 1%-го раствора димедрола вместе с 1 мл 2%-го раствора промедола при возбуждении;
- 8) на госпитальном этапе промывание желудка 2 %-м раствором гидрокарбоната натрия, прием солевого слабительного;
- 9) сифонные клизмы 3 %-м раствором бикарбоната натрия;
- 10) внутривенное введение 10 мл 2,4 %-го раствора эуфиллина;
- 11) кровопускание 200–400 мл (при отсутствии выраженной анемии);
- 12) прием сосудистых и сердечных средств;
- 13) назначение правильного рациона питания: рекомендуются свежие фрукты и овощи, творог, витаминизированные продукты. Необходимы ограничение поваренной соли до 2 г в сутки, обильное питье – минеральные воды (Ессентуки № 20), соки из фруктов и ягод, стол № 7.

### Кома эклампсическая

Кома эклампсическая возникает у больных острым нефритом, при токсикозе беременности, в редких случаях – при обострении хронического нефрита. Развивается спазм сосудов головного мозга с развитием отека мозговой ткани и повышением внутричерепного давления. Появляются тонические и клонические судороги, полная потеря сознания. Возможны прикусывание языка, появление пены изо рта. Дыхание прерывистое. Лицо цианотичное, шейные вены набухшие, наблюдается отечность всего тела, в особенности лица. Зрачки расширены, может развиваться амавроз (полная слепота от нескольких минут до 24 часов). Пульс замедленный, артериальное давление повышено. Приступ длится от 5 до 30 минут. Количество приступов может достигать до 30–40 в сутки. После приступа наступает сон. При пробуждении больной некоторое время остается в сопорозном состоянии, ничего не помнит.

#### Ведение больных.

Мерами первой помощи являются:

- 1) срочная госпитализация;
- 2) применение роторасширителя для предотвращения прикусывания языка;
- 3) соблюдение строгого постельного режима, диеты – исключение воды и пищи на 1–2 дня («разгрузка»), затем стол № 7;
- 4) кровопускание из локтевой вены 200–400 мл (при отсутствии выраженной анемии);
- 5) при повторяющихся приступах – люмбальная пункция. Выпускать жидкость необходимо до тех пор, пока она не пойдет каплями;
- 6) внутримышечное введение 15 мл 25 %-го раствора сернокислой магнезии или внутривенное – 10 мл 10 %-го раствора сернокислой магнезии (медленно);
- 7) внутривенное введение 80 мл 40 %-го раствора глюкозы с 10 мл 5%-го раствора аскорбиновой кислоты 2–3 раза в сутки в сочетании с 2–5 мл 1%-го раствора никотиновой кислоты;
- 8) прием ганглиоблокаторов: пентамина 1 мл 5%-го раствора подкожно или внутримышечно, бензогексония – 0,1–0,15 г 3–4 раза в день;
- 9) внутривенное введение 10 мл 2,4 %-го раствора эуфиллина;
- 10) прием сердечно-сосудистых средств.

### Обморок

#### Обморок

– внезапная потеря сознания, происходит при травме вследствие быстрой анемии мозга.

Перед обмороком часто появляются головокружение, общая слабость, тошнота. При обмороке отмечаются побледнение кожных покровов, губ, похолодание конечностей, снижение сердечной деятельности, иногда появляется аритмия. Пульс замедлен до 48–50 ударов в минуту, плохо прощупывается. Артериальное давление снижается до 70–80 мм рт. ст. Дыхание нередко замедляется. Обморочное состояние чаще бывает кратковременным, а может длиться 5–10 минут и более.

#### Ведение больных.

Во время обморока больному необходимо придать горизонтальное положение, чтобы вызвать прилив крови к голове. Для облегчения дыхания освобождают от стесняющей одежды, изо рта вынимают протезы. На кровать больного кладут без подушки, а иногда даже приподнимают ноги или ножной конец кровати. Если нет условий для того, чтобы



положить больного на кровать, его укладывают на землю или пол. Иногда достаточно рефлекторного воздействия на сосудодвигательные нервы – можно побрызгать на лицо холодной водой или дать понюхать нашатырный спирт, протереть им виски. Когда больной придет в сознание, можно ограничиться дачей валериановых капель. При глубоком обмороке со снижением сердечной деятельности можно вводить под кожу возбуждающие средства, раствор кофеина 10 % – 1 мл, кордиамин 2 мл, сульфокамфокаин 1 мл внутримышечно.

Острая левожелудочковая недостаточность (сердечная астма, отек легких)  
Острая левожелудочковая недостаточность (сердечная астма, отек легких) чаще отмечается при инфаркте миокарда, гипертонической болезни, аортальном пороке, хронической ИБС.

Внезапно развивается приступ сердечной астмы. Появляется тяжелая одышка вследствие застоя крови в легких, нарушения газообмена. Одышка возникает чаще в покое ночью. Появляются удушье, резкая слабость, холодный пот, кашель с трудноотделяемой слизистой мокротой. Больной принимает положение сидя. Отмечается диффузный цианоз на фоне выраженной бледности кожных покровов. В легких появляются жесткое дыхание, незвучные мелко- и среднепузырчатые хрипы в нижних отделах. Тоны сердца у верхушки ослаблены, пульс малый, частый. При прогрессировании застойных явлений развивается отек легких. Усиливаются удушье и кашель, появляются клокочущее дыхание, обильная пенистая мокрота с примесью крови. В легких по всем легочным полям выслушиваются обильные влажные разнокалиберные хрипы, пульс нитевидный, резко учащен.

Ведение больных.

Необходимо:

- 1) перевести больного в положение сидя или полусидя;
- 2) дать нитроглицерин 1 таблетку или 1–2 капли на кусочке сахара, прием можно повторять;
- 3) наложить жгуты на конечности длительностью от 30 минут до 1 часа;
- 4) ввести промедол 2 %-й раствор 1 мл подкожно или внутривенно струйно медленно; 1 мл 1%-го раствора морфина (можно в сочетании с 1 мл 0,1 %-го раствора атропина);
- 5) при артериальном давлении более 90 мм рт. ст. ввести фуросемид 40–80 мг внутривенно струйно;
- 6) провести на госпитальном этапе кровопускание в количестве 200–300 мл (при высоком или нормальном артериальном давлении);
- 7) обеспечить подачу паров спирта через любой кислородный ингалятор;

8) провести оксигенотерапию в соотношении N<sub>0</sub>

2

: 0

2

– 3: 1, впоследствии 1:1;

9) ввести 1–2 мл 0,2 %-го раствора кордиамин внутримышечно.

Острый приступ загрудинной боли

Острый приступ загрудинной боли характерен для заболеваний сердца, в первую очередь острого инфаркта миокарда.

Ведение больных

на догоспитальном этапе:

- 1) уложить больного;
- 2) дать под язык нитроглицерин 1 таблетку или 1–2 капли на кусочке сахара, при неэффективности возможен повторный прием через 10–15 минут, изосорбид динитрат;
- 3) ввести подкожно или внутримышечно обезболивающие средства: 1–2 мл 2%-го раствора промедола, 1 мл 1%-го раствора морфия;
- 4) обеспечить транспортировку в стационар в специализированной машине;
- 5) дать закись азота, кислорода;
- 6) ввести внутримышечно пантопон 2 %-й раствор – 1 мл совместно с 0,5 мл 0,1 %-го раствора атропина;
- 7) ввести внутримышечно 2 мл 50 %-го раствора анальгина;
- 8) аспирин 1 г внутрь.

Острое нарушение ритма

Для снятия приступа необходимо:

- 1) уложить больного, провести массаж области каротидного синуса или надавить на глазные яблоки (прием Данини—Ашнера);
- 2) обеспечить прием внутрь 40 мг анаприлина и седативных средств;
- 3) при отсутствии эффекта ввести 5 мл 10 %-го раствора новокаинамида внутримышечно или внутривенно (нужно следить за артериальным давлением!).

При возможности следует:

- 1) провести снятие ЭКГ;
- 2) проводить мероприятия, как при остром приступе загрудинной боли; обеспечить госпитализацию в специализированное отделение.

Приступ бронхиальной астмы

В основе его лежит спазм мелких бронхов аллергической природы. Больному не хватает воздуха, он старается усиленно дышать, опираясь на что-то руками (фиксирует плечевой пояс). Лицо становится бледным, с цианотичным оттенком. Появляются чувство страха, боязнь задохнуться. Дыхание становится шумным, появляются свистящие хрипы в груди, слышимые на расстоянии. Грудная клетка расширена, находится в положении вдоха. Выслушивается коробочный оттенок перкуторного звука, большое количество сухих, свистящих и жужжащих хрипов. Приступ длится от нескольких минут до нескольких часов и даже дней.

Ведение больных.

Для выведения из острого приступа необходимо:

- 1) изменить положение тела больного, придать положение сидя или стоя с опорой для рук;
- 2) дать больному противоастматические препараты, которыми он пользуется.

Выведение

из астматического статуса:

- 1) ингаляции увлажненного кислорода;
- 2) назначение глюкокортикоидов – до 1500 мг преднизолона в сутки парентерально и per os;
- 3) проведение регидратационной терапии (до 3 л жидкости всутки);
- 4) переливание растворов в теплом виде, что способствует лучшему отхождению мокроты;
- 5) при неэффективности – выполнение перидуральной анестезии;
- 6) искусственная вентиляция легких с бронхоальвеолярным лечебным лаважем.

Спонтанный пневмоторакс

Спонтанный пневмоторакс

– внезапное проникновение воздуха в плевральную полость.

Может быть симптоматическим и идиопатическим.

#### Симптоматический

спонтанный пневмоторакс возникает при непроникающем ранении грудной клетки с разрывом париетального листка плевры в последующем, туберкулезе легких, гангрене и абсцессе легких, бронхоэктазах, эмпиеме плевры, новообразованиях легких, пищевода и т. д.

#### Идиопатический

спонтанный пневмоторакс, развившийся у «практически здоровых людей» при резких физических напряжениях или подъемах тяжести, возникает при бессимптомно протекающих поражениях легких (прорыве локализованной буллезной эмфиземы, врожденной конституциональной слабости плевры и пр.). Внезапно появляются сильная одышка, резкая боль в груди, кашель, чувство нехватки воздуха. Развивается коллаптоидное состояние. Больной принимает полусидячее положение, лицо и тело покрываются холодным потом, конечности становятся цианотичными, возникает страх смерти. Больная сторона заметно отстает при дыхании. Наблюдаются падение артериального давления, учащение пульса.

#### Ведение больных.

Первыми мероприятиями при оказании помощи являются:

- 1) строгий постельный режим, при сильной одышке – придание полусидячего положения;
- 2) внутримышечное введение 0,5–1 мл кордиамина;
- 3) вдыхание кислорода;
- 4) при сильных болях, одышке и возбуждении – подкожное введение 1–2 мл 1%-го раствора морфина (противопоказание – угнетение дыхательного центра);
- 5) при выраженной одышке и смещениях органов средостения – срочное удаление воздуха из плевральной полости (пункция плевры). При клапанном пневмотораксе необходимо наладить непрерывную откачку воздуха;
- 6) при ранениях грудной клетки на рану накладывается герметическая повязка. Во всех случаях ранений внутримышечно вводится 1500 ЕД противостолбнячной сыворотки;
- 7) проведение вагосимпатической новокаиновой блокады по А. А. Вишневскому или Н. Н. Бурденко на госпитальном этапе;
- 8) коррекция развившихся сердечно-сосудистых нарушений;
- 9) проведение этиологической терапии.

Шок (травматический)

#### Шок (травматический)

– симптомокомплекс, возникающий в качестве своеобразной реакции организма на воздействие чрезвычайных раздражителей.

Развивается при резком нарушении нервной регуляции жизненных процессов и проявляется тяжелыми расстройствами гемодинамики, дыхания и обмена веществ.

Различают две фазы травматического шока:

- эректильную – больной беспокоен, возбужден, отмечается гиперемия кожных покровов. Дыхание учащенное, пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, обычной частоты, артериальное давление нормальное или повышенное;
  - торпидную – возбуждение сменяется общей подавленностью, заторможенностью, отмечается значительное снижение артериального давления.
- Степени тяжести течения торпидной фазы – легкая, средняя, тяжелая; терминальное состояние.

### I

степень  
(легкая)

– характерны апатия, вялость, заостренные черты лица, бледность. Дыхание учащается до 25–27 в минуту. Пульс учащенный, до 90–100 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, достаточного напряжения. Артериальное давление 90–95/55–60 мм рт. ст. Тоны сердца достаточной громкости, тахикардия.

### II

степень  
(средняя)

– прогрессируют слабость, бледность, появляется холодный пот на лбу. Дыхание учащается до 30 в минуту и более. Пульс учащенный, до 100–120 ударов в минуту, слабого наполнения и напряжения. Артериальное давление 75–90/40–50 мм рт. ст. Тоны сердца приглушенные, тахикардия.

### III

степень  
(тяжелая)

– появляются адинамия, бледность, цианоз. Кожа холодная, покрытая липким потом. Сознание сохранено, но иногда имеется его небольшая спутанность. Дыхание частое, поверхностное – 40 в минуту и более. Пульс частый, слабого наполнения и напряжения, 120–130 ударов в минуту и более. Артериальное давление 70–55/40–45 мм рт. ст. Имеет место олигурия, переходящая в анурию.

### Терминальное состояние

– крайняя степень угнетения всех жизненных функций организма. Характерны потеря сознания, адинамия, ареактивность. Пульс на периферических сосудах отсутствует. Артериальное давление падает до нуля.

### Ведение больных.

Мерами первой помощи являются:

- 1) обеспечение полного покоя и согревания больного (необходимы горячий чай, кофе, теплое укрывание). Показано проведение реанимационных мероприятий – искусственного дыхания по типу «рот в рот», «рот в нос», закрытого массажа сердца. Возможно активное раннее лечение. Необходима срочная госпитализация в специальной протившоковой машине «скорой помощи»;
- 2) при открытых повреждениях внутримышечное введение 3000 единиц противостолбнячной сыворотки с 0,5 мл столбнячного анатоксина требуется иммобилизация поврежденного сегмента;

- 3) внутримышечное или внутривенное введение в эректильной фазе и в I–II стадии торпидной фазы 1–2 мл 2%-го раствора пантопона или промедола или 1 мл 1%-го раствора морфина;
- 4) на госпитальном этапе обеспечение всех видов новокаиновых блокад во всех фазах шока (блокада мест переломов 0,5–2 %-м раствором новокаина и др.);
- 5) дача наркоза – обезболивание закисью азота в смеси с кислородом;
- 6) длительное вдыхание кислорода, перемежая с 10—15-минутными ингаляциями карбогена каждые 2–3 часа;
- 7) внутривенное введение 20 мл 40 %-го раствора глюкозы с 5 ЕД инсулина;

8) в эректильной фазе и в I–II стадии торпидной фазы внутривенное введение нейроплегической смеси: 1–2 мл 2%-го раствора промедола, 2–3 мл 0,1 %-го раствора атропина, 1–2 мл 2,5 %-го раствора аминазина в 20–40 мл 5–25–40 %-го раствора глюкозы. Возможно добавление в эту смесь 1–2 мл 5%-го раствора витамина В

1

. Смеси лучше вводить в стационаре после установления диагноза;

- 9) в терминальном состоянии показаны внутриартериальное нагнетание крови, внутривенное введение полиглюкина, проведение управляемого дыхания, массаж сердца.

#### Экстренная посиндромная терапия

Анафилактический шок, отек Квинке

- 1) 1 мл 0,1 %-го раствора адреналина подкожно (хранится в холодильнике);
- 2) 1 мл 1%-го раствора мезатона внутримышечно, внутривенно, капельно 40 %-й раствор глюкозы;
- 3) 2 %-й раствор кордиамина подкожно, внутримышечно, внутривенно;
- 4) 1 мл 2%-го раствора супрастина внутримышечно, или 1 мл 1%-го раствора димедрола внутримышечно, или 2 мл раствора тавегила внутримышечно;
- 5) 1 мл 1%-го раствора атропина подкожно (хранится в сейфе);
- 6) 1 мл – 30 мг раствора преднизолона внутримышечно, внутривенно;
- 7) 5 мл раствора гидрокортизона внутривенно;
- 8) 10 мл 2,4 %-го раствора эуфиллина внутривенно в 5 мл 40 %-го раствора глюкозы;
- 9) 2 мл 24 %-го раствора эуфиллина внутримышечно;
- 10) 10 мл 40 %-го раствора глюкозы внутривенно;
- 11) 200 мл 5%-го раствора глюкозы внутривенно капельно;
- 12) 200 мл 0,9 %-го раствора натрия хлорида внутривенно капельно.

Синдром левожелудочковой недостаточности

- 1) 1 мл 1%-го раствора морфина подкожно (хранится в сейфе);
- 2) 5 мл 0,25 %-го раствора дроперидола внутривенно (хранится в холодильнике);
- 3) 2 мл раствора лазекса внутривенно;
- 4) 1 мл 0,06 %-го раствора коргликона внутривенно или 1 мл 0,05 %-го раствора строфангина внутривенно (хранятся в сейфе);
- 5) 0,025 г таблетки каптоприла (капотен).

Гипертонический криз

- 1) 10 мл 25 %-го раствора магния сульфата внутримышечно или внутривенно капельно;
- 2) 10 мл 2,4 %-го раствора эуфиллина внутривенно в 5 мл 40 %-го раствора глюкозы;
- 3) 2 мл 24 %-го раствора эуфиллина внутримышечно;
- 4) 20 мл 40 %-го раствора глюкозы внутривенно;
- 5) 2 мл раствора лазекса внутривенно;
- 6) 2 мл 0,5 %-го раствора реланиума внутримышечно (хранится в сейфе);
- 7) 5 мл 0,1 %-го раствора обзидана внутримышечно (хранится в сейфе);
- 8) 1 мл 0,01 %-го раствора клофелина внутримышечно;
- 9) 4 мл 0,25 %-го раствора дроперидола внутривенно (хранится в холодильнике);
- 10) 0,025 мг таблетки каптоприла (капотен).

Синдром бронхоспазма, бронхиальная астма

- 1) 10 мл 2,4 %-го раствора эуфиллина внутривенно в 5 мл 40 %-го раствора глюкозы;
- 2) 2 мл 24 %-го раствора эуфиллина внутримышечно;
- 3) 10 мл 40 %-го раствора глюкозы внутривенно;
- 4) 1 мл 1%-го раствора димедрола внутримышечно, подкожно;
- 5) 1 мл 0,1 %-го раствора адреналина подкожно (хранится в холодильнике);
- 6) 1 мл—30 мг раствора преднизолона внутривенно;
- 7) 2 мл раствора кордиамина внутримышечно, подкожно;
- 8) 1 мл 0,1 %-го раствора атропина подкожно (хранится в сейфе);
- 9) 400 мл 0,9 %-го раствора натрия хлорида внутривенно.

Острая ишемическая болезнь (инфаркт миокарда)

- 1) 1 мл 1%-го раствора морфина подкожно (хранится в сейфе);
- 2) 2 мл 0,005 %-го раствора фентанила внутривенно (хранится в сейфе);
- 3) 5 мл 0,25 %-го раствора дроперидола внутривенно (хранится в холодильнике);
- 4) 1 мл 0,1 %-го раствора атропина подкожно (хранится в сейфе);
- 5) 5 мл 0,1 %-го раствора обзидана внутримышечно (хранится в сейфе);
- 6) 10 000 ЕД раствора гепарина внутривенно (хранится в холодильнике);
- 7) 0, 0005 мг таблетки нитроглицерина;
- 8) 2 мл 50 %-го раствора анальгина внутримышечно;
- 9) 0,5 г таблетки аспирина;
- 10) 20 мл 40 %-го раствора глюкозы внутривенно.

Нарушение сердечного ритма

- 1) 2 мл 2%-го раствора лидокаина внутримышечно;
- 2) 5 мл 10 %-го раствора новокаинамида внутривенно, внутримышечно;
- 3) 5 мл 0,1 %-го раствора обзидана внутримышечно (хранится в сейфе);
- 4) 1 мл 0,06 %-го раствора коргликона внутривенно или 1 мл 0,05 %-го раствора строфантина внутривенно (хранятся в сейфе);
- 5) 20 мл 40 %-го раствора глюкозы внутривенно;
- 6) 1 мл 1%-го раствора мезатона подкожно;
- 7) 1 мл 0,1 %-го раствора атропина подкожно (хранится в сейфе);
- 8) 2 мл 0,25 %-го раствора верапамила внутримышечно.

Синдром артериальной гипотонии, коллапс

- 1) 1 мл 0,1 %-го раствора адреналина подкожно (хранится в холодильнике);
- 2) 1 мл – 30 мг раствора преднизолона внутривенно;
- 3) 2 мл раствора кордиамина внутримышечно, внутривенно, подкожно;
- 4) 1 мл 1%-го раствора мезатона подкожно;
- 5) 400 мл 5%-го раствора глюкозы внутривенно капельно.

Синдром внутрисердечного кровотока

- 1) 10 мл 10 %-го раствора кальция хлорида внутривенно;
- 2) 1 мл 1%-го раствора викасола внутримышечно;
- 3) 100 мл 5%-го раствора аминокaproновой кислоты внутривенно капельно (хранится в холодильнике);
- 4) 10 мл 10 %-го желатиноля внутривенно;
- 5) 400 мл 0,9 %-го раствора натрия хлорида внутривенно;
- 6) 2 мл 12,5 %-го раствора этазилата натрия (дицинон) внутривенно, внутримышечно.

Гипергликемическая кома

- 1) инсулин или инсурап подкожно;
- 2) хомулин подкожно;
- 3) актрапид подкожно (хранится в холодильнике);
- 4) 400 мл 0,9 %-го раствора натрия хлорида внутривенно.

Гипогликемическая кома

- 1) 20 мл 40 %-го раствора глюкозы внутривенно; 2) 1 мл – 30 мг раствора преднизолона внутривенно.

Апоплексическая кома

- 1) 1 мл 1%-го раствора викасола внутримышечно;
- 2) 2 мл раствора кордиамина подкожно;
- 3) 1 мл 10 %-го раствора кофеина подкожно;

- 4) 1 мл 1%-го раствора мезатона подкожно;
- 5) 10 мл 10 %-го раствора кальция хлорида внутривенно;
- 6) 10 мл 40 %-го раствора глюкозы внутривенно;
- 7) 2 мл 2,5 %-го раствора аминазина внутримышечно (хранится в сейфе).

Психомоторное возбуждение

- 1) 2 мл 2,5 %-го раствора аминазина (хранится в сейфе) внутримышечно, внутривенно в 10 мл 40 %-го раствора глюкозы;
- 2) смесь в одном шприце (внутримышечно) – 4 мл 2,5 %-го раствора аминазина +1 мл 1%-го раствора димедрола +10 мл 25 %-го раствора сернокислой магнезии.

Эпилептический статус

- 1) 10 мл 25 %-го раствора сернокислой магнезии внутримышечно в обе ягодицы;
- 2) 4 мл 2,5 %-го раствора аминазина внутримышечно (хранится в сейфе);
- 3) 4 мл 0,5 %-го раствора седуксена внутримышечно;
- 4) 0,1 г таблетки фенобарбитала.

#### Правила хранения медикаментозных препаратов:

медикаменты для аптечки неотложной помощи распределяются по пакетикам (2–3 ампулы в пакете) старшей медицинской сестрой отделения. На лицевой стороне пакетика указывается:  
название медикамента; номер серии; срок годности; дата упаковки в пакет; фамилия старшей медицинской сестры (разборчиво).

#### Глава 5

#### Мероприятия по профилактике инфекционных и паразитарных заболеваний

#### Профилактика вирусных гепатитов

Вирусные гепатиты относятся к группе антропонозных инфекций, вызываемых возбудителями с выраженными гепатотропными свойствами. Различают 6 самостоятельных нозологических форм с известными возбудителями, обозначаемые как вирусы гепатита А, В, С, D, Е и G, а также другие гепатиты, этиология которых слабо изучена или не установлена.

Этиологическая расшифровка случаев гепатита должна быть осуществлена в течение 5 дней. Более поздние сроки установления окончательного диагноза допускаются при наличии микст-инфекции, хронических форм гепатита В и гепатита С, сочетании вирусного гепатита В с другими заболеваниями. Используется метод иммуноферментного анализа по определению наличия соответствующего маркера вирусного гепатита.

После госпитализации больного в очаге организуется заключительная дезинфекция, объем и содержание которой зависят от характеристики очага, определяемого эпидемиологом.

При установлении диагноза гепатита А допускается лечение на дому при обеспечении динамического наблюдения и лабораторного обследования, проживании больного в отдельной благоустроенной квартире, отсутствии контактов с лицами, находящимися в коллективах, выполнении всех мер противоэпидемического режима.

Информация о заболевании гепатитом передается лечебно-профилактическими организациями в территориальные учреждения государственной санитарно-эпидемиологической службы по установленным формам государственного статистического наблюдения. По результатам эпидемиологического обследования заполняется карта обследования или составляется акт.

При выявлении больного вирусным гепатитом устанавливаются лица, имевшие контакт с больными в период его заразительности. Эти лица подлежат учету, обследованию и наблюдению. Сведения о них фиксируются в листе медицинского наблюдения. Расследование групповых заболеваний вирусного гепатита, связанных с общим водопользованием, питанием, медицинскими и немедицинскими манипуляциями, проводится комплексно специалистами санитарно-гигиенических и лабораторных подразделений службы санитарно-эпидемиологического надзора под руководством врача-эпидемиолога.

Профилактические мероприятия связаны с проведением активной иммунизации против вирусных гепатитов, которые проводятся соответствующими инактивированными вакцинами, вводимыми дважды с интервалом в 6—12 месяцев. Для профилактики внутрибольничного заражения парентеральными вирусными гепатитами первостепенное значение имеют меры, направленные на предупреждение заражения вирусами гепатитов В, С, D и G при использовании изделий медицинского назначения, в том числе изделий, загрязненных кровью и другими биологическими жидкостями, а также при переливании крови и/или ее компонентов.

### Профилактика ВИЧ-инфекции

Медицинское освидетельствование на ВИЧ-инфекцию проводится в учреждениях государственной или частной системы здравоохранения и включает:

- обязательное лабораторное исследование, проводимое на основании лицензии, предоставляемой в порядке, установленном законодательством Российской Федерации (ФЗ от 30 марта 1995 г. № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»);
- выдача официального документа о наличии или об отсутствии ВИЧ-инфекции у освидетельствуемого лица осуществляется только учреждениями государственной или муниципальной системы здравоохранения;
- лицо, проходящее медицинское освидетельствование, имеет право на присутствие своего законного представителя. Оформление представительства производится в порядке, установленном гражданским законодательством Российской Федерации;
- обязательному медицинскому освидетельствованию подлежат граждане Российской Федерации, иностранные граждане, находящиеся на территории Российской Федерации и лица без гражданства, постоянно проживающие в Российской Федерации;
- медицинское освидетельствование несовершеннолетних в возрасте до 14 лет и лиц, признанных недееспособными, производится по просьбе или с согласия их законных представителей, которые имеют право присутствовать при проведении медицинского освидетельствования. С этими лицами проводится консультирование до проведения процедуры освидетельствования и в последующем по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции;
- медицинское освидетельствование проводится всем лицам, добровольно пожелавшим обследоваться.

Обязательному медицинскому освидетельствованию подлежат:

доноры крови, биологических жидкостей, органов и тканей (лица, уклоняющиеся от обследования, донорами быть не могут!);  
при поступлении на военную службу по контракту, в кадетские корпуса, военно-учебные заведения, в последующем – 1 раз в год;  
медицинские работники центров СПИД, клинических отделений, обслуживающих ВИЧ-инфицированных – 1 раз в год при диспансеризации;  
работники лаборатории диагностики СПИД – 1 раз в 6 месяцев;  
дети, родившиеся от ВИЧ-инфицированных матерей, – после родов, через 3, 6, 9, 12 месяцев, последующие 2 года по 2 раза в год;  
лица, находящиеся в приемниках-распределителях, спецприемниках, изоляторах временного содержания, беженцы и вынужденные переселенцы – в течение года;



матери, у которых ВИЧ-инфицированные дети находятся на грудном вскармливании – ежеквартально, при отрыве от груди – через 3, 6, 12 месяцев;

при оформлении в дом ребенка;

трупы лиц в случаях подозрения на внутривенное употребление наркотических веществ, неизвестных лиц и лиц, ведущих бродячий образ жизни, с наличием саркомы Капоши, лимфомы головного мозга, истощении неясной этиологии, сепсиса, длительных и вялотекущих пневмоний;

трупы с подозрением на половые преступления;

трупы иностранных граждан и лиц, прибывших из длительных (более 3 месяцев) командировок, во всех случаях смерти согласно клиническим показаниям;

лица, серопозитивные в ИФА, подтвержденные в региональном центре, и отрицательные в иммуноблотинге 1 раз в 6 месяцев в течение 1,5 лет;

лица, серопозитивные в ИФА, подтвержденные в региональном центре, и сомнительные в иммуноблотинге 1 раз в 6 месяцев в течение 2 лет.

В учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения медицинское освидетельствование граждан Российской Федерации производится бесплатно. Дипломатические представительства или консульские учреждения Российской Федерации выдают российскую визу на въезд в страну иностранным гражданам и лицам без гражданства, прибывающим в Российскую Федерацию на срок свыше трех месяцев, при условии предъявления ими сертификата об отсутствии у них ВИЧ-инфекции. В случае выявления ВИЧ-инфекции у иностранных граждан и лиц без гражданства они подлежат депортации из Российской Федерации. Лица при выявлении у них ВИЧ-инфекции уведомляются об этом работником учреждения, проводившим медицинское освидетельствование. Они предупреждаются о необходимости соблюдения мер предосторожности, с целью исключения распространения заболевания, о гарантиях соблюдения прав и свобод ВИЧ-инфицированных, а также об уголовной ответственности за возможность заражения других лиц. При обнаружении ВИЧ-инфекции у несовершеннолетних лиц и лиц, признанных недееспособными, об этом уведомляются родители или другие законные представители. ВИЧ-инфицированным лицам оказываются все виды медицинской помощи по клиническим показаниям на общих основаниях. ВИЧ-инфицированные лица не допускаются к увольнению с работы, отказу в приеме на работу, в приеме на работу в образовательные учреждения и медицинские учреждения. Родители и законные представители, дети которых являются ВИЧ-инфицированными, имеют право (статья 18 вышеуказанного закона):

на совместное пребывание с детьми в возрасте до 15 лет в стационаре при оказании им медицинской помощи, с выплатой за это время пособий по государственному социальному страхованию;

бесплатный проезд к месту лечения и обратно с детьми до 16 лет;

сохранение непрерывного трудового стажа в случае увольнения для ухода за лицом в возрасте до 18 лет;

внеочередное предоставление жилых помещений в домах государственного, муниципального или общественного жилищного фонда, когда в этом имеется медико-социальная необходимость;

ВИЧ-инфицированным несовершеннолетним в возрасте до 18 лет назначается социальная пенсия, пособие и предоставляются льготы, установленные для детей-инвалидов.

Забор крови на определение ВИЧ-инфекции производится из локтевой вены в процедурном кабинете в количестве 5 мл в стерильную пробирку без консервантов. У новорожденных можно брать пуповинную кровь. У трупа кровь забирается из бедренной нижней полой вены или из полости сердца. Пробирки закрываются резиновыми пробками, маркируются карандашом по стеклу, помещаются в штатив и направляются в клиническую лабораторию. В клинической лаборатории отбор сыворотки производится в отдельной комнате и на специально отведенном столе. Сыворотка отделяется от сгустка центрифугированием. Сыворотка доставляется в СПИД-лабораторию в течение 5 дней от даты забора крови при условии хранения сыворотки при температуре +4–8 °С. Образцы сыворотки доставляются в СПИД-лабораторию в микропробирках с крышкой «эппендорф», установленных в штативы, помещенные в контейнер или бикс. Доставляемый материал сопровождается

направлением по форме 264/у-88. Транспортировка сыворотки в СПИД-лабораторию проводится транспортом лечебного учреждения, где была взята кровь, ответственным медперсоналом.

Заражение медицинского работника ВИЧ-инфекцией может произойти при травматизации кожи, слизистых оболочек во время выполнения медицинских манипуляций медицинским инструментарием, контаминированным кровью (биологическими жидкостями) ВИЧ-инфицированного пациента. Для профилактики заражения ВИЧ-инфекцией медицинский персонал должен строго соблюдать правила работы. Угроза инфицирования наступает: при разрыве перчатки, которую необходимо немедленно снять, тщательно вымыть руки и надеть новую;

при попадании крови на одежду или халат, которые немедленно снимаются и замачиваются в дезинфицирующем растворе (растворы хлорамина 3 %, перекиси водорода 6 %), кожу тела под загрязненной одеждой протирают 70 % этиловым спиртом;

рабочие поверхности, загрязненные кровью, дважды протираются раствором хлорамина 3 %, раствором перекиси водорода 6 %;

при повреждении кожных покровов необходимо немедленно обработать и снять перчатки, выдавить кровь из ранки, обработать 70 % спиртом, затем вымыть водой с мылом и смазать (не тереть) ранку раствором йода 5 %;

при загрязнении рук кровью их необходимо немедленно обработать тампоном, смоченным раствором 1 % хлорамина или спиртом 70 %, вымыть их двукратно теплой проточной водой и насухо вытереть индивидуальным полотенцем;

при попадании крови на слизистую глаз их следует сразу же промыть 0,05 %-м раствором марганцовокислого калия;

при попадании крови на слизистую носа его следует сразу же обработать 1 %-м раствором протаргола;

при попадании крови на слизистую рта необходимо немедленно прополоскать рот спиртом 70 % или раствором марганцовокислого калия 0,05 %.

Каждый случай аварийной ситуации должен быть зарегистрирован в соответствующем «Журнале аварийных ситуаций» и составлен акт о несчастном случае. Учитывая возможное возникновение ситуации, при которой медицинский работник будет инфицирован вирусами иммунодефицита человека, гепатита, цитомегаловирусами или онкогенными вирусами, правила профилактики профессионального заражения предусматривают обязательное наличие аварийной аптечки в процедурном кабинете.

#### Состав аварийной аптечки:

- 1) спиртовой раствор йода 5 % – 1 флакон;
- 2) раствор спирт этиловый 70 % – 100 мл;
- 3) навески перманганата калия по 50 мг – 6 штук (1 навеска разводится в 100 мл воды);
- 4) емкость для разведения раствора перманганата калия с метками на 500 мл – 1 шт.;
- 5) дистиллированная вода – 500 мл (стерильная);
- 6) палочка стеклянная (для размешивания раствора) – 1 шт.;
- 7) мыло туалетное – 1 шт.;
- 8) ножницы – 1 шт.;
- 9) салфетки стерильные – 1 упаковка;
- 10) пластырь бактерицидный – 1 шт.;
- 11) шарики марлевые (стерильные, для обработки места укола кожи);
- 12) пальчики – 5 штук (резиновые);
- 13) перчатки резиновые – 2 пары;
- 14) протаргол (капли в нос);
- 15) альбucid (капли в глаза);
- 16) глазные пипетки;
- 17) шприц 20,0 без иглы (для промывания глаз);
- 18) бинт стерильный – 2 шт.

Аптечка должна храниться в легкодоступном месте в биксе или металлическом ящике. Контроль правильности хранения и пополнения аптечки возлагается на старшую медицинскую сестру.

### Профилактика ГЛПС

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом  
– это тяжелое острое лихорадочное вирусное заболевание.

Основными носителями вируса являются дикие лесные мышевидные грызуны (рыжая полевка). Природные очаги заболевания широко распространены в лесах, лесных оврагах с зарослями кустарника. В организм человека возбудитель может попасть при вдыхании пыли, через царапины и ссадины на коже, при употреблении в пищу продуктов и воды, загрязненных выделениями грызунов. От момента заражения до заболевания проходит обычно от 2 недель до 1,5 месяцев, в среднем 2–3 недели. Первые признаки заболевания напоминают грипп и не внушают опасения. Через неделю повышенная температура тела снижается до нормальной, но состояние больного при этом ухудшается, появляются признаки поражения почек – боль в пояснице, уменьшение количества мочи, рвота. Выздоровление наступает медленно. По клиническим показаниям в лечении могут быть использованы методы экстракорпорального гемодиализа.

### Тактические мероприятия.

В случае выявления больного с ГЛПС необходимо немедленно проинформировать о случае заражения главного врача больницы, в которой обнаружено заболевание, руководство поликлиники по месту жительства заболевшего, службу санитарно-эпидемиологического надзора.

Заболевший должен быть незамедлительно госпитализирован в инфекционное отделение. У больных и лиц с подозрением на заболевание должно быть проведено соответствующее лабораторное обследование. Кроме того, обследованию подлежат больные с почечной патологией – гломерулонефритом, острым пиелонефритом, почечной коликой, гематурическим синдромом, острой почечной недостаточностью неясного происхождения (длительно лихорадящие).

Следует соблюдать меры личной профилактики при летних работах в поле, сборе ягод и грибов, использовать ватно-марлевые повязки или респираторы. Необходимо своевременно обрабатывать ранки и ссадинки на открытых участках тела.

Необходимо обеспечивать недоступность для грызунов жилых, производственных и складских помещений. С особой тщательностью необходимо хранить сельскохозяйственные пищевые продукты.

### Профилактика гриппа

К выявлению больных гриппом и лиц с подозрением на заболевание средние медицинские работники имеют непосредственное отношение. Выявление больных лиц должно проводиться в случаях:

- обращения населения за медицинской помощью в лечебно-профилактические организации;
- оказания медицинской помощи на дому;
- прохождения периодических профилактических медицинских осмотров, а также профилактических осмотров при поступлении на работу;

• медицинского наблюдения за лицами, общавшимися с больными гриппом. Информация о заболеваемости гриппом передается лечебно-профилактическими организациями в территориальные учреждения государственной санитарно-эпидемиологической службы по установленным формам государственного статистического наблюдения. По месту выявления гриппа в лечебно-профилактических учреждениях каждый случай заболевания подлежит регистрации и учету. Необходимо своевременно информировать о возникновении гриппа в 5 случаях и более в течение 7 дней, связанных между собой инкубационным периодом.

Больные с тяжелыми формами гриппа, а также лица, проживающие в общежитиях, имеющие неблагоприятные бытовые условия, должны быть госпитализированы. В направлениях на госпитализацию должны быть указаны сведения о проведенных профилактических прививках в текущем эпидемическом сезоне. Изоляцию больного гриппом проводят до исчезновения клинических симптомов, но не менее 7 дней с момента появления симптомов гриппа.

При постановке диагноза следует использовать результаты лабораторных исследований, к которым относятся:

- диагностически значимое увеличение уровня (титра) специфических антител во второй сыворотке (по сравнению с первой) в 4 и более раз при одновременном исследовании в стандартных серологических тестах парных сывороток крови больного (первая сыворотка должна браться в день постановки диагноза, вторая – через 2–3 недели);
- выявление антигенов вируса гриппа при исследовании мазков из носоглотки методами иммунофлюоресцентного и иммуноферментного анализов;
- выделение вирусов гриппа методом заражения куриных эмбрионов или перевиваемых культур по отделяемым слизистой носа.

Среди лиц, общавшихся с больным гриппом, осуществляют своевременное выявление больных и случаев заболеваний гриппом в стертой форме, с последующим проведением экстренной неспецифической профилактики заболевания.

В очаге гриппозной инфекции проводят санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия, которые предусматривают обязательное обеззараживание посуды средствами и методами, разрешенными к применению, влажную уборку помещений с использованием дезинфицирующих средств, проветривание помещений и обеззараживание воздуха и поверхностей в помещениях бактерицидными лампами.

В период эпидемии гриппа в лечебно-профилактических учреждениях развертываются гриппозные отделения с отдельным входом, гардеробной, регистратурой, кабинетом доврачебного осмотра, кабинетом для взятия крови и другими необходимыми кабинетами.

## К

основным мерам

защиты от гриппа относятся: специфическая профилактика заболевания с использованием живых, инактивированных, расщепленных и субъединичных вакцин в предэпидемический период;

избирательное проведение курсов сезонной неспецифической профилактики;  
экстренная неспецифическая профилактика в период эпидемий гриппа;  
неспецифическая профилактика в эпидемических очагах и вне очагов.

## Специфическая профилактика

– вакцинопрофилактике против гриппа в предэпидемический период в первую очередь подлежат: лица старше 60 лет; лица, страдающие хроническими соматическими заболеваниями; лица, часто болеющие острыми респираторными вирусными заболеваниями; дети дошкольного возраста, школьники, медицинские работники, работники сферы обслуживания, транспорта, учебных заведений, воинские контингенты.

Используются живые, инактивированные, расщепленные и субъединичные гриппозные вакцины отечественного и зарубежного производства, приготовленные из эпидемически актуальных штаммов вируса А (H1N1 и H3N2) и В. Проводимая вакцинация совместима с другими прививками. Перед вакцинацией прививаемый предупреждается о возможности возникновения в первые 3 дня после прививки поствакцинальных реакций и о необходимости обращения за медицинской помощью в случае их появления. После вакцинации в течение 30 минут за привитыми лицами устанавливается медицинское наблюдение.

Сведения о выполненной прививке регистрируются в медицинских документах установленного образца – карте профилактических прививок, истории развития ребенка, медицинской карте ребенка, сертификате профилактических прививок, амбулаторной карте больного, журнале учета профилактических прививок. В сведениях указываются дата введения, название препарата, номер серии, доза, контрольный номер, срок годности, организация-изготовитель, характер реакции на введение.

Иммунизацию проводит медицинский персонал, прошедший специальную подготовку, в специальных прививочных кабинетах или медицинских кабинетах, отвечающих соответствующим санитарно-гигиеническим требованиям.

#### Неспецифическая профилактика

гриппа проводится иммунобиологическими препаратами, которые применяют курсами разной продолжительности для повышения иммунобиологической резистентности организма. Необходимо проводить оздоровительные мероприятия, направленные на формирование здорового образа жизни, закаливание организма, оздоровление условий труда и быта.

#### Профилактика дифтерии

В случае выявления больного с дифтерией необходимо обеспечить немедленную информацию о выявленном больном. Проинформированы должны быть поликлиника по месту жительства больного, главный врач больницы, где обнаружено заболевание, служба санитарно-эпидемиологического надзора. В последующем в течение первых 12 часов необходимо подать информацию о больном в письменном виде в службу санитарно-эпидемиологического надзора. Подозрительным на наличие дифтерии являются:

- заболевания – ангины, тонзиллиты, назофарингиты, ларингиты с патологическими наложениями в виде островков или пленок, паратонзиллярные абсцессы;
- лица, имевшие контакт с больным дифтерией, прибывшие из неблагоприятных по этой инфекции регионов, не имеющие определенного места жительства.

Больные госпитализируются в инфекционное отделение. При госпитализации больных с ангинами в стационаре должно быть обеспечено активное наблюдение за пациентом. В течение 3 дней необходимо следить за характером изменений налетов на миндалинах.

Проводится обязательное лабораторно-диагностическое обследование больного – осуществляется забор материала из зева и носа для бактериологического исследования (материал берется трижды). Взятие мазков могут проводить врач, фельдшер, медицинская сестра, лаборант. Для забора исследуемого материала используют стерильные сухие ватные тампоны. Материал из носа и зева берут отдельными тампонами натошак или не более 2 часов после еды, а также до применения полоскания или других видов лечения.

Вращательными движениями тампона необходимо захватить слизь с пораженных миндалин на границе воспалительного очага с налетами и здоровых тканей. При отсутствии наложений (налета) слизь забирают с поверхности миндалин, небных дужек, язычка, при этом нельзя касаться слизистой языка и щек. При взятии слизи из носа следует предварительно очистить носовые ходы или протереть слизистые поверхности сухим ватным фитилем и убрать корки. После этого надо снять секрет, для чего тампон вводят

глубоко в каждую ноздрю, плотно прикасаясь всеми его сторонами к стенкам и перегородкам носа. В случаях дифтерии редкой локализации – глаза, уши, кожа, раны и т. д., помимо материала из пораженных участков, берутся мазки из зева и носа. При прямой ларингоскопии материал (слизь, пленка) собирают непосредственно из гортани. В случаях оперативного вмешательства слизь для бактериологического исследования следует брать из интубационной трахеостомической трубки, а также пленки, измельченной при операции. Для забора материала при кожной форме дифтерии необходимо пораженные участки протереть промокательными движениями стерильной марлевой салфеткой или тампоном, смоченным стерильным физиологическим раствором, осторожно приподнять или отодвинуть струпы и корочки и после этого взять тампонами секрет с пораженного участка. Затем тампоны помещаются в сухие стерильные пробирки. Они должны быть доставлены в лабораторию не позднее 3 часов после взятия материала (при проведении обследования в отдаленных районах материал засеивается в пробирки с транспортной средой или на чашки с питательной селективной средой) и в течение суток доставляется в лабораторию. В стационаре при наличии термостата забор материала следует проводить круглосуточно, используя чашки с питательной селективной средой. Засеянные чашки от больных, поступивших в вечернее и ночное время, передаются утром в бактериологическую лабораторию. Для постмортального исследования на коринебактерии дифтерии материал следует брать с миндалин, гортани и полости носа (слизь, пленки). Пробирки от одного лица должны быть скреплены вместе. На каждой пробирке должен быть четко написан порядковый номер анализа в соответствии с прилагаемым списком. В сопроводительном документе на все анализы должны быть фамилия больного, его адрес, название направившего учреждения, место взятия материала, цель обследования (уточнение диагноза, эпидемические показания).

Окончательный диагноз дифтерии устанавливается только при наличии налетов и лабораторного подтверждения. При отсутствии пленок и обнаружении в мазках коринебактерий дифтерии следует устанавливать диагноз – «бактерионосительство дифтерии».

В случае выявления больного с дифтерией проводят противоэпидемические мероприятия, целью которых является локализация и ликвидация очага. После проведения срочной госпитализации необходимо прокипятить белье, посуду, игрушки, которыми он пользовался, сделать влажную уборку помещения с применением дезинфицирующих средств. В домашних очагах эти мероприятия выполняют родственники больного под контролем медицинского персонала.

За лицами, контактировавшими с больным или носителем, устанавливается ежедневное медицинское наблюдение с термометрией в течение 7 дней с момента изоляции источника инфекции. Бывшие в контакте должны быть однократно обследованы бактериологически и осмотрены в течение первых 3 дней отоларингологом. Серологическому обследованию в очагах дифтерийной инфекции подлежат только лица, имевшие непосредственный контакт с больным или носителем, при отсутствии документального подтверждения факта проведения им прививок против дифтерии.

В целях профилактики заболевания дифтерией проводится плановая иммунизация населения. Для этого составляется план проведения профилактических прививок, который согласовывается с органами здравоохранения соответствующего региона и контролируется санитарно-противоэпидемической службой. Прививки проводятся препаратами, зарегистрированными на территории Российской Федерации в установленном порядке, в строгом соответствии с инструкциями по применению.

Сокращение интервалов между вакцинациями не допускается!  
Отказ от прививки оформляется письменным подтверждением.

Профилактика малярии

Заболеваемость малярией продолжает оставаться высокой. В России малярия чаще регистрируется в виде завозимых случаев, причем 76,8 % из них приходится на трехдневную малярию. К группам повышенного риска, требующим особого внимания как источников инфекции, относятся:

постоянно мигрирующие контингент!; лица, проживающие в районах, эндемичных по малярии; демобилизованные, прибывшие из эндемичных районов; лица, вернувшиеся из Турции, Китая, Индии, Египта, Эмиратов, Филиппин, Вьетнама, Таиланда.

Обследованию на малярию подлежат:

температуриящие лица и лица, предъявляющие жалобы на недомогание, озноб;  
лица, проживающие или пребывающие из эндемичных районов;  
температуриящие лица с неустановленным диагнозом в течение 5 дней, а в эпидемический сезон для малярии – в первые 2 дня заболевания;  
при заболеваниях, сопровождающихся периодическими подъемами температуры, несмотря на проводимое лечение;  
реципиенты крови – при подъеме температуры тела, развившейся в течение ближайших 3 месяцев после переливания крови;  
лица, имеющие в анамнезе заболевание малярией в течение последних 3 лет;  
российские и иностранные граждане, прибывшие из стран Азии, Африки, Латинской Америки в течение 3 лет после приезда (по клиническим показаниям);  
лица с увеличенной печенью и селезенкой, желтушностью склер и кожных покровов, анемией неясной этиологии.

Эти лица должны быть обследованы немедленно после установления показаний для обследования. Берется по 2 мазка и 2 толстые капли крови. Забор крови проводится лаборантами, а в вечернее и ночное время медицинскими сестрами отделений. После взятия крови на малярию медицинским сестрам необходимо сделать отметку о заборе крови в истории болезни о дате и времени забора, поставить подпись. Лаборанты клиничко-диагностических отделений должны:

отдать на контрольный просмотр врачу препараты крови тотчас при их готовности в рабочие часы, а в остальное время – не позднее 8 часов утра следующего рабочего дня; позвонить в отделение и сообщить заключение (независимо от результата) после просмотра мазка и толстой капли;

в выдаваемом заключении должны быть указаны дата и время взятия крови, вид выявленного малярийного возбудителя, его количество в препарате, что обозначается крестами от одного до четырех.

На контроль в паразитологическую лабораторию направляются препараты: от лиц длительно лихорадящих; прибывших из неблагополучных районов с положительным результатом исследования; с клиническим диагнозом малярии или подозрением на малярию, независимо от результатов обследования, с повышенной температурой, прибывших из эндемичных по данному заболеванию стран и регионов, а также 10 % от всех мазков с отрицательным результатом.

В очагах малярии должны проводиться противомаларийные мероприятия. В жилых помещениях можно использовать любые аэрозольные инсектициды, в нежилых обработку проводят инсектицидами с длительным остаточным действием – это карбофос 1–2 % (на 10 литров воды 200 г карбофоса). Дозу синтетических пиретроидов следует увеличить в 3 раза. В многоэтажных домах обрабатываются все лестничные клетки, подвалы. Обработке подлежат также соседние подъезды. В сельских местностях обрабатываются все жилые и нежилые помещения не только в самом очаге, но и в окружении.

Все медицинские работники в эндемичных и малярийногенных местах должны проводить работу по санитарному просвещению населения в отношении малярии.

#### Профилактика педикулеза

Сыпной тиф относится к острой трансмиссивной инфекционной болезни, вызываемой риккетсиями Провачека, передающейся вшами. Характеризуется циклическим течением с лихорадкой, интоксикацией, тифозным состоянием, специфическими кожными

высыпаниями, поражением центральной нервной системы и сосудистого аппарата. В целях профилактики появления вшей и их распространения осуществляются следующие мероприятия:

- 1) регулярное мытье тела (не реже 1 раза в 7—10 дней);
- 2) смена нательного и постельного белья в эти же сроки или по мере их загрязнения с последующей стиркой;
- 3) регулярная стрижка и ежедневное расчесывание волос головы;
- 4) систематическая чистка верхнего платья, одежды, постельных принадлежностей и опрятное их содержание;
- 5) регулярная уборка помещений, содержание в чистоте предметов обстановки.

При обнаружении вшей в любой стадии развития дезинсекционные мероприятия проводят одновременно с уничтожением вшей непосредственно на коже человека, в белье, одежде и прочих вещах и предметах. Дезинсекционные мероприятия включают

механический, физический и химический способы уничтожения насекомых и их яиц.

При незначительном поражении людей головными вшами (от 1 до 10 экземпляров, включая яйца) целесообразно использовать механический способ уничтожения насекомых и их яиц. Для сбора волос используют клеенку или бумагу, которые вместе с волосами и насекомыми сжигают. Перед вычесыванием гнид с волос голову моют, ополаскивают теплым раствором столового уксуса 4–5 % или теплым раствором уксусной кислоты 5—10 %. Затем гниды вычесывают частым гребешком, через зубцы которого пропускается ватный жгутик или нитка, обильно смоченные уксусом.

При обнаружении вшей на теле человека проводят мытье тела горячей водой с мылом и мочалкой, с одновременной сменой белья, в случае необходимости сбривания волос. При незначительном поражении людей платяным педикулезом или при отсутствии педикулицидов используются кипячение белья, проглаживание швов белья и одежды, не подлежащих кипячению.

В больничных учреждениях, детских домах, учреждениях общего и профессионального образования, учреждениях системы социального обеспечения обработку людей при обнаружении головного педикулеза проводит медицинский персонал данных учреждений.

При средней и выраженной степени инфицирования (более 10 экземпляров, включая насекомых и яйца) рекомендуется использовать инсектициды – педикулициды.

Для обработки используются 0,15 %-я водная эмульсия карбофоса, 20 %-я водно-мыльная суспензия бензилбензоата, 5 %-я борная мазь, лосьоны ниттифор, лонцид, нитилон, пеномоющее средство талла, шампунь веда, средство медифокс, мыла витар и антиэнтон, порошок пиретрума, 10 %-я водная мыльно-керосиновая эмульсия. Экспозиция при указанных средствах составляет 10–40 минут, в соответствии с данными, указанными на этикетке. После обработки волосы на голове моют, затем прополаскивают теплым 5—10 %-м водным раствором уксусной кислоты.

Обработка педикулицидами противопоказана у детей до 5 лет, беременных и кормящих женщин, людей с заболеваниями и повреждениями волосистой части тела и головы, с проявлениями аллергии к медикаментам и косметическим средствам!

Вшей на белье уничтожают немедленно при их обнаружении. Завшивленное белье кипятят в 2 %-м растворе кальцинированной соды в течение 15 минут, проглаживают утюгом с обеих сторон, особенно в швах. Постельное белье, обувь и другие предметы подвергаются камерной обработке. Для обработки одежды в качестве инсектицидов применяют 0,15 %-ю водную эмульсию 50 %-го эмульгирующегося концентрата карбофоса, 0,06 %-ю водную



эмульсию 50 %-го эмульгирующегося концентрата сульфидофоса, порошок пиретрума, 1 % дуст неопин, 2 % дуст сульфолан-у, 2 % дуст бифетрин-п, мыло витар, средство медифокс-супер, 20 %-ю водную мыльно-керосиновую эмульсию.

При приеме бутадiona внутрь кровь человека становится токсичной для головных и платяных вшей в течение 14 дней.

Посуду, используемую для разведения педикулицидов и приготовления их форм, тщательно моют горячей водой с содой и мылом. В дальнейшем ее не следует употреблять для хранения продуктов, фуража, а также для приготовления пищи.

Дезинсекцию помещений и предметов обстановки препаратами в аэрозольной упаковке проводят при остывших нагревательных приборах, в отсутствие людей, животных, птиц, рыб.

### Профилактика сифилиса

Сифилис относится к социально опасным заболеваниям. В последнее время заболеваемость сифилисом не снижается, многие случаи заражения остаются не диагностированными. Для своевременного определения заболевания необходимо выявлять группы риска по заражению инфекциями, передающимися половым путем.

Обязательному обследованию подлежат:

лица после пребывания в изоляторах временного содержания;  
лица, допускающие немедицинское употребление наркотических препаратов;  
лица без определенного места жительства;  
подростки, мигранты, сезонные рабочие.

Обследованию на сифилис методами классической серологической реакции (КСР), иммуноферментного анализа (ИФЛ), реакции пассивной гемагглютинации (РПГЛ) в комплексе с реакцией микропреципитации (МРС) подлежат:

- 1) доноры;
- 2) беременные женщины, состоящие на учете. Серологическое обследование у них проводится трехкратно: при постановке на учет, сроке беременности в 30 недель, при поступлении в роддом;
- 3) беременные женщины, направляемые на искусственное прерывание беременности;
- 4) больные психиатрических, неврологических, офтальмологических и кардиологических стационаров при поступлении;
- 5) лица с клиническими и анамнестическими подозрениями на сифилис, а также лица, находившиеся с ними в контакте;
- 6) больные токсикодермией, аллергическими высыпаниями, розовым лишаем Жибера, а также лица, находившиеся с ними в контакте;
- 7) лица, состоящие на учете с инфекциями, передающимися половым путем, согласно инструкции;

8) декретированный контингент при поступлении на работу.

Реакцией микропреципитации в обязательном порядке обследуются:

- 1) взрослые и дети с 12-летнего возраста при каждом поступлении в стационар;
- 2) матери по уходу за детьми, находящимися на стационарном лечении;
- 3) взрослые и дети с 14-летнего возраста при обращении в поликлинику, а также при каждом последующем обращении (анализ выполняется 1 раз в 6 месяцев);
- 4) подростки с 15-летнего возраста при проведении профилактических медицинских осмотров;

- 5) дети с 12-летнего возраста из школ-интернатов и социально неблагополучных семей при медицинских осмотрах в период летней оздоровительной кампании;
- 6) учащиеся школ, ГПТУ, вузов, техникумов при профосмотрах (1 раз в год);
- 7) больные, состоящие на учете в неврологическом, психиатрическом и противотуберкулезном диспансерах (1 раз в 6 месяцев);
- 8) больные с 14-летнего возраста, обратившиеся за стоматологической помощью, с изменениями на слизистой оболочке полости рта воспалительного и невоспалительного характера;
- 9) беременные, направляемые на мини-аборты;
- 10) лица, проходящие периодические медицинские осмотры.

В первичной медицинской документации (амбулаторная карта, история болезни и др.) должна быть сделана обязательная отметка о проведенном обследовании. Указываются номер выполненного исследования, дата его выполнения, название организации, выполнившего исследование. При положительном результате обследования на сифилис в течение 24 часов должна быть организована консультация дерматовенеролога. Выписка больных из стационара без консультации дерматовенеролога не допускается. При положительной реакции микропреципитации, для подтверждения диагноза, должна быть выполнена постановка классической серологической реакции (реакция Вассермана).

Реакция Вассермана может быть поставлена только после предварительной консультации дерматовенеролога и назначенного им исследования. В случае самовольного ухода больного из стационара без консультации дерматовенеролога все сведения о нем должны быть переданы в поликлинику по месту жительства в течение суток, для проведения мероприятий по розыску и привлечению к обследованию и лечению. После установления диагноза больные сифилисом в течение 48 часов должны быть доставлены в кожно-венерологические диспансеры эпидтранспортом. Экстренные извещения о каждом случае выявления инфекций, передающихся половым путем, отсылаются в дерматовенерологические диспансеры.

#### Профилактика туберкулеза

Согласно ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» от 18.06.2001 № 77-ФЗ выявление больных туберкулезом осуществляют врачи всех специальностей, средние медицинские работники лечебно-профилактических и оздоровительных организаций. В целях раннего выявления туберкулеза у взрослого населения проводятся профилактические осмотры. Обязательным профилактическим медицинским осмотрам подлежат граждане Российской Федерации, иностранные граждане и лица без гражданства. Осмотры проводятся в лечебно-профилактических организациях по месту жительства, работы, службы, учебы или в следственных изоляторах и исправительных учреждениях не реже одного раза в 2 года.

Два раза в год профилактические осмотры в обязательном порядке проходят:

- военнослужащие, проходящие воинскую службу по призыву; работники родильных домов;
- лица, находящиеся в тесном бытовом или профессиональном контакте с источниками туберкулезной инфекции;
- лица, снятые с диспансерного учета в связи с выздоровлением, в течение первых 3 лет;
- лица, перенесшие туберкулез и имеющие остаточные изменения в легких, в течение первых 2 лет после освобождения;
- ВИЧ-инфицированные;
- больные, состоящие на диспансерном учете в наркологических и психиатрических учреждениях;
- лица, освобожденные из следственных изоляторов и исправительных учреждений, в течение первых 2 лет после освобождения;

подследственные, содержащиеся в следственных изоляторах, и осужденные, содержащиеся в исправительных учреждениях.

Один раз в год профилактические осмотры в обязательном порядке проходят:

больные хроническими неспецифическими заболеваниями органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы;  
больные сахарным диабетом;  
лица, получающие кортикостероидную, лучевую и цитостатическую терапию;  
лица без определенного места жительства;  
мигранты, беженцы, вынужденные переселенцы;  
лица без определенного места жительства и занятий, проживающие в стационарных учреждениях социального обслуживания и учреждениях социальной помощи;  
работники учреждений социального обслуживания для детей и подростков;  
работники лечебно-профилактических, санаторно-курортных, образовательных, оздоровительных и спортивных учреждений для детей и подростков.

Во внеочередном порядке профилактические медицинские осмотры проходят: 1) лица, обратившиеся в лечебно-профилактическое учреждение за медицинской помощью с подозрением на заболевание туберкулезом; 2) лица, проживающие совместно с беременными женщинами и новорожденными; 3) граждане, призываемые на военную службу или поступающие на военную службу по контракту; 4) лица с впервые установленным диагнозом ВИЧ-инфекции.

При обращении за медицинской помощью больных с симптомами, указывающими на возможное заболевание туберкулезом, им проводят полное клиническое обследование с обязательным проведением рентгенологического и бактериологического исследований. При обнаружении во время обследования признаков, указывающих на возможное заболевание туберкулезом, в целях уточнения диагноза пациента направляют в течение 3 дней к фтизиатру по месту жительства. Лица без определенного места жительства, при подозрении на заболевание туберкулезом, госпитализируются в противотуберкулезный стационар для полного обследования и лечения. О результатах лечения специалисты, направившие больного, информируются противотуберкулезной медицинской организацией.

Контроль проведения своевременного и полного обследования осуществляют направивший специалист и специалист учреждения противотуберкулезной службы.

На каждого больного с впервые установленным диагнозом активного туберкулеза легких, в том числе посмертно, заполняется учетная форма 089Т/У-2003 «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза и с рецидивом туберкулеза». Извещение в 3-дневный срок направляется в центр Госсанэпиднадзора по месту выявления больного и областной диспансер. На каждого больного туберкулезом, у которого установлено выделение микобактерий туберкулеза, заполняют «Экстренное извещение» (форма 058-У) и в течение 12 часов его отправляют в центр Госсанэпиднадзора по месту регистрации, фактического проживания и работы больного.

На больных с осложнениями после введения противотуберкулезной вакцины составляют «Карту регистрации больного с осложнениями после иммунизации туберкулезной вакциной» и направляют в Республиканский центр по осложнениям после применения противотуберкулезной вакцины Минздрава России. Учету и регистрации подлежат также все случаи смерти больных от туберкулеза.

В эпидемических очагах туберкулеза проводятся противоэпидемические мероприятия, для предупреждения новых случаев заболеваний и инфицирования микобактериями туберкулеза. В состав основных противоэпидемических мероприятий входят (в соответствии с вышеуказанным ФЗ):

- разработка планов оздоровительных мероприятий, динамическое наблюдение за очагом;
- госпитализация и лечение больного туберкулезом;
- изоляция больного в пределах очага (при отсутствии госпитализации);
- проведение контролируемой химиофилактики;
- заказ и организация заключительной дезинфекции, организация текущей дезинфекции и обучение больного и контактных лиц методам ее проведения;

- первичное обследование лиц, контактирующих с больным в течение 14 дней с момента его выявления;
- наблюдение за контактными лицами и их динамическое обследование (проведение флюорографического обследования, туберкулодиагностика, бактериологическое обследование, общие клинические анализы);
- проведение профилактического лечения;
- обучение больных и контактных лиц гигиеническим навыкам;
- определение условий, при которых очаг может быть снят с эпидемиологического учета;
- заполнение и динамическое ведение карты, отражающей характеристику очага и проводимых мероприятий.

В населенных пунктах, отдаленных от противотуберкулезного диспансера, санитарно-противоэпидемические мероприятия выполняют специалисты участковой амбулаторно-поликлинической сети.

#### Текущую

дезинфекцию в очаге проводят в окружении инфекционного больного с момента его выявления.

#### Заключительную

дезинфекцию осуществляют во всех случаях выбытия больного из домашнего очага в больницу, санатории, при изменении места жительства, смерти больного не позднее 24 часов с момента получения заявки. Заключительная дезинфекция проводится не реже 1 раза в год:

в месте проживания больных заразными формами туберкулеза; в месте проживания детей и подростков; в коммунальных квартирах и общежитиях.

Внеочередная заключительная дезинфекция проводится перед возвращением родильниц из роддома, перед сносом старых домов, где проживали больные туберкулезом, в случае смерти больного туберкулезом на дому.

Иммунизация против туберкулеза осуществляется специально подготовленными медицинскими работниками. Для проведения иммунизации выделяется специальный день недели, когда другие виды иммунизации, а также туберкулинодиагностика не проводятся. Хранение, транспортирование и использование БЦЖ-вакцины и туберкулина осуществляют в соответствии с инструкциями и требованиями, предъявляемыми к иммунобиологическим препаратам. Иммунизацию и постановку пробы Манту проводят одноразовыми шприцами. Сведения о выполненной прививке, туберкулиновой пробе вносятся в установленные учетные формы медицинской документации по месту проведения прививки или туберкулиновой пробы, а также по месту наблюдения иммунизированного лица. Отчет о проведенных прививках проводят в соответствии с государственными формами статистического наблюдения.

Лица с заразными формами туберкулеза, неоднократно нарушающие санитарно-противоэпидемический режим, а также умышленно уклоняющиеся от обследований, могут быть привлечены к судебной ответственности.

#### Профилактика туляремии

##### Туляремия

– острое заразное заболевание с поражением лимфатических узлов и других органов (глаза, легкие, желудочно-кишечный тракт и др.).

Источником заражения человека являются грызуны, особенно водяная крыса, ондатра, зайцы, полевки. Выделениями больных животных может быть загрязнена вода открытых водоемов и колодцев, а также продукты питания, зерно, скирды и стога сена, соломы. Возбудитель – бактерия, которая длительное время может существовать во внешней среде. При низких температурах воды она выживает в ней месяцами, на высушенных шкурках грызунов – до 1,5 месяцев. В организм человека возбудитель туляремии проникает через: поврежденную кожу и слизистые оболочки глаз, пищеварительного и дыхательного трактов; места укусов кровососущих насекомых (клещей, слепней) при посещении леса, на сенокосе. От момента проникновения возбудителя болезни в организм человека до появления первых признаков заболевания проходит от 3 до 7 дней. Болезнь начинается внезапно с повышения температуры тела, озноба, сильной головной боли, резкой слабости, мышечных болей, снижения аппетита. Отмечается покраснение лица и слизистых оболочек глаз. На 2–3 день появляются увеличенные лимфатические узлы на шее, около ушей, под нижней челюстью, в подмышечной впадине или в паху, но всегда рядом с местом проникновения возбудителя. Заболевание протекает длительно, выздоровление наступает медленно.

Большой туляремией не опасен для окружающих лиц. Основной профилактической мерой являются прививки. Прививки выполняются скарификационным методом на предплечье, безболезненны. Действие вакцины сохраняется на протяжении 5 лет. В очагах эпизоотии необходимо проводить профилактические мероприятия. Должна вестись регулярная борьба с грызунами, строго соблюдаться правила хранения пищевых продуктов и своевременная утилизация их отходов, проводиться регулярная очистка населенных мест от мусора и дезинфекция выгребных ям и мусорных ящиков, уничтожаться заросли бурьяна возле жилых зданий и в населенных пунктах. Необходимо избегать употребления сырой воды из открытых водосточников.

#### Список литературы

1.  
Агкацева С. А.  
Сестринские манипуляции. – М.: Медицина, 2006.
2.  
Барыкина Н. В., Чернова О. В.  
Сестринское дело в хирургии: практикум. – Ростов н/Д: Феникс, 2007.
3.  
Баулин С. И.  
Справочник медсестры-лаборантки. – Ростов н/Д: Феникс, 2008.
4.  
Двойников С. И.  
Основы сестринского дела. – М.: Академия, 2007.
5.  
Елисеев Ю. Ю.  
Справочник медицинской сестры. – М.: ЭКСМО, 2007.

6.  
Лычев В. Г.  
Сестринское дело в терапии: с курсом первичной медицинской помощи. – М.: Форум, 2007.
7.  
Малов В. А.  
Сестринское дело при инфекционных заболеваниях. – 3-е изд. – М.: Академия, 2007.
8.  
Никитин Ю. П.  
Руководство для средних медицинских работников. – М.: Гэотар-Медиа, 2007.
9.  
Ослопов В. Н., Богоявленская О. В.  
Общий уход за больными в терапевтической клинике. – М.: Гэотар-Медиа, 2007.
10.  
Пауткин Ю. Ф.  
Элементы общего ухода за больными. – 2-е изд. – М.: Изд-во РУДН, 2003.
11.  
Пауткин Ю. Ф., Кузнецов В. И.  
Первая доврачебная медицинская помощь. – М.: Изд-во РУДН, 2007.
12.  
Петровская С. А.  
Настольная книга главной (старшей) медицинской сестры. – М.: Дашков и К, 2007.
13. Сестринское дело в педиатрии / Н. И. Аверьянова, Н. И. Чиженок, Н. Ю. Зарницына и др. – Ростов н/Д: Феникс, 2007.
14.  
Славянова И. К.  
Сестринское дело в акушерстве и гинекологии: практикум. – Ростов н/Д: Феникс, 2002.
15.  
Хамидова Т. Р.  
Справочник медицинской сестры клинической практики. – Ростов н/Д: Феникс, 2007.

/9j/4AAQSkZJRgABAQEBlAEsAAD/7QBIUGhvdG9zaG9wIDMuMAA4QklNBAQAAAAAACscAgAAAvnHAJQABBEZWZ1bGEgRGVmdWxpemVyHAIFAApjb3Zlcl8uZXBzAP/hF4tFeGImAABNTQAqAAAACAAIARIAAwAAAAEAAQAAARoABQAAAAEAAABuARsABQAAAAEAAAB2ASgAAwAAAAEAAgAAATEAAgAAABwAAAB+ATIAAgAAABQAAACaATsAAgAAABEAAACuh2kABAAAAEAAADAAA AA7AAASwAAABAAABLAAAAAFBZG9iZSBQaG90b3Nob3AgQ1MzIFdpbmRvd3MAMjAxMToxMToxMyAxNzo0MzozNQBEZWZ1bGEgRGVmdWxpemVyAAAAA6ABAAMAAAABAEEAAKACAAQAA



GimSeBud/5Jcz1jJuGW2rGx219PeC1t7SX19jSfUY6zdsb7fo1t/0f84tTns+GWGUJAmRFw/vfvOL8O5TmMf  
MQnGQEQueGdX6oHeHyuj0ixuL6t+QS2iqPUIMASY9/9pWell9vVrc5wZRRtInc3aBI27t79/8AWeqPTsnJpa+  
u2tz6rQG2Edx/KXR9OoppwxULXWYzXB4pcOC07q2ub+7vb9Bc4QZSIAsyNRp64TEcdyPCID1WOurZzbO  
n1MDfTstefUbMj9Gdrts/mb/oLFXa9O6T07qeZac6n1SGAt972xr22OatL/mh9Xf+4n/glv8A6UW/ymbFymGO  
GQkZ/NMxA4eOf+F+j8ry3Pcrn57mJZ4mEYH044yMuLgh39P+E+cJL0W36q/Vmmp91uKGV1tL3uNlsBrR  
uc7+cQKeg/VK30Qcb0rMgE1U2vtrsIbMn0bLG2fmqWpIGlixDJXIH/vmofhOYGjkxA/3pf8AePAqQe8MfWH  
EV2gCxcgOjgDvbvH5213uXeM6H9THissbU4XO2Vxe/3O9vtb+1/1/9uV/vpDoX1NO2G1Hc81Ni95mwc1/zv0  
/cl9/x/5vJ/ij/vlD4X1Goy4v8aX/AHrwltrt9jrbnutseQXPeSSSBtBc4/yVCAvQD9X/AKnbPcWVBrXmtx9d8B4E  
uq/nv5zT6Ci7oP1Nbv3NqHpuDLJvf7XEuaGO/Te1+6uz2pDn8fSGT/FH/fKPwvNdnLi/xpf968CkvR/+aH1d/w  
C4n/glv/pRL/mh9Xf+4n/glv8A6UQ/0lh/dn9kfst/OfmP38f2y/7x//Vhm9XyMpzsegmrGdzA9zmcNda5v6T0n  
v/AMHX+YreNWxuBtrxxYfabMaQBYj/m2O+iy93/aW7/uT6X+D9RYmP+kuNnFTXBjXeLudoXR1foa2PeJa  
SGP8ACHHa1tn8l7vZv/Oimn6rvW3OjkMZAg1TexKsR2NXdjPF1F7A6q4CNzePc38y1jv0d9X+BuY+TEsczY  
5+7Skhtmk7Q6Nln/F/mP8A9GszpmdWLupU7iaqcp3q2QdrLnBrnWu/cZnN/nvzK+o12f8AcylFOacfrNINZDbj  
jtyK2P8Aovhz6MqlzT9Ov0vS9Rv/AFxUcOM4OZEhqCjCn9/3XV5jmBn5SV6GJjKX9z98f4XzvQ/V7+13f8  
WP+qXQLjcdLPTcyi7HcXdPyZDWu1LWg/psdzvpNv93rsQQ4BzTIOol4IVzLLjlxDqGry+kTHrE6/VTmte0t  
cA5rhDmnUEHsVWp6bg0trbVS1voyKjyWzu+iXf8Y9WkkwSIFAkMpiEmyASGIT0fptNdNbKgxjkOrcdXbh  
s9zn/Sf/M0/T/OVX+irTjpHTAABjVgNsNwAH5527nf2tjP8xiuJI+5P94/at9rHtwR+xrWdOwLA4WY9bg9/quB  
aNbNvp+/wAZs/PUXdJ6Y71N2LUfWd6lntHufL3eo7/hGut71bSS45fvH7UnHA7xH2KSSSTVz//1s/Pa2mim  
qrhoc8Ed3O90rqKPRYqdjhNOTU3cP5NjYd/mrl8zXHb41iAP5J+gtX6uZnqYbGOpux3Gp39R/vr/wA13tUxcs  
NfposuzMI+T/M37+157jw+xrW49Vl/7n2v21+v/g7aKbV1GN9V9+ZjZ/U7N9+NQ+j0mcl1m0WXXWW/v7G7dl  
P7/APOrn2FIWV1yp0Oqtu3uYeCH1susZ/0nrWo67113TN7cZwy6m7KrsM679P0ds2Or3/vWbP8P/xijmOug6  
tnldxonp5jt/zY03k4OIZefTj1srbUd9jKxLmuI/pJa33uva33u3/AKXI09T+Qm+r+fbVksnJP5hsxXTIIBt9Stj/w  
A9m2yu6j/gv+LWFQ85Yvc63JxOoZLRXe9oLP0jGhjb8eyj9F+b/g7NljFx/UcW+vOfgZFj37Hirc4l3tdHvYJd/  
g7N2xLDDOZx4uEx1qr9P77Y5vDLzjyAWCBE16Y/3P+9fbUICn0vSZ6MGraPTLdRtj2bf5O1TTV6kkkkkK  
SSSSUpJJJT/AP/XyrrQ6xw5aRtj8WqX1dyNma+lxhtrYPy7/wBIUbLlrLu/M+MqPTryzqNLz+c6D8xCMczh0  
L03UWHGtsyS19bIpc7z9jce3/qFyXrfYfrEtlua8UlzGPv17Q12sP8AJ9i63rM3dNre3U031b/6jj6e7/O2LmOv003  
9YtDWgOppDLHD85zi7ZuH77KvYgYcY4RudGXlJmGXi+v1t67p7hcWnbZXWII9NnqVtn6Dmts97f6iDm4  
Fx6/X1G5oOM+HucBw9jNjWWN/lv27Fx/SvrBk9DtNZaLccw0hxMtbM6f1V32Jn0Zul2xrQK3t4nc1wPgvni  
WTlcpmADGQOM/3Zb/4TuTjj5zD7dmMh6h/Vl/3UXoPq11Q5AuWHAhtADqCdCWn+cZ/UqeWbf8Ajf0a8z  
ceoYOW3Nwrt/pyWVO/6ne38130fevROn5f23Ax8uGt9eph1a124AuAc5jXwzdsd7foqzHLDDJrA+Y6hojBmwx  
Eco20jIHijJsJJnOa1pc4hrRyToE5S6SSSSIIJJJKf//Q5Z9k1gH/AFCBRcK8hjnfRDpUfV9od34IKL0x9TMvfaJ  
2n2l2sA+SdOdC96YMODiJgTXFpZejf1zEwsVozGWvGRFTWVskkn6OrtrPdHqLANwvvyjcHG++xwP8lp9  
Nn/ULrQ2q6loc0PYyCJ11HDv6zUxxMVzNjqmObxBAlVfH8REJXLHfkW9/ogD5MnT9IPA9XaBWXjyH3r  
X+rmVndOqB/nsBxAJBkNc783+Q5bruk9JBLn4tTgnZfqB8nnYtronRKEv1OpG39IMLqsh9Ja33ANf6FPp/n+  
+t7rduz/triGXmBnkRdGakRfF+j/W9LLj5f2BxzyAGIPCI/pf1fU5N+WCBZS7R3Zd99TrDZ9W8MkRtd2fJill  
Y/wCpXD3/AFB+suFmfZ8ZjOoYbj+iyfUbW5g/7tVWFv8A7Levv/0df82vROI9O/ZfSsbB3b3Usixw4L3H1Ln  
N/kut9LDiMJHtW63mM8cmMVvezeWT1HoT8/qmLnnOvorxYnFq2Bj4ezIPqPLDb+kfRUyz3/zHq0+z7Rct  
ZJTtVo10dWbdWX5N6bRfa+xvpw40uDvs2OCD90I5ZuuUKsbrTbMM2ZlB66mXDNb6ceq5237K6v/AEXoe  
/1P9KtFJJSDDZIV4rTMyxt2S1sW2sbsa537wZ+ajpJJKf/Z/+IMWEIDQ19QUk9GSUxFAAEBAAMSExpbn  
8CEAAAAbW50clJHQiBYWVogB84AAgAJAAAYAMQAAAYWnzcE1TRIQAAAAASUVDIHNSR0IAAAAA  
AAAAAAAAAAAAAAAAAAbWAAEAAAAAAAA0y1IUCAgAAA  
AAAR3BydAAAAVAAAAAZZGVzYwAAAYQAAABsd  
3RwdAAAAfAAAAUYmtwdAAAAgQAAAAUclhZWgAAAhgAAAAUZ1hZWgAAAIwAAAAUYlhZWg  
AAAKAAAAUZG1uZAAAIQAAABwZG1kZAAAAQAAACIdnVIZAAAAA0wAAACGdmllldwAAA9QA  
AAAKbHVtaQAAA/gAAAAUbWVhcwAABAwAAAkdvjAAABDAAAAAMclRSQwAABDwAAAgM  
Z1RSQwAABDwAAAgMYIRSQwAABDwAAAgMdGV4dAAAAABDB3B5cmlnaHQgKGMpIDE5OTggSG  
V3bGV0dC1QYWNRyXjKlENvbXBhbnkAAGRlc2MAAAAAAAAAAAEnNSR0IgSUVDNjE5NjYtMi4xAAAA  
AAAAAAAAAAAAAAASc1JHQiBJRUM2MTk2Ni0yLjEAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA  
AAAFhZWIAAAAAAAAAADzUQABAAAAARbMWF  
aIAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAABYWVogAAAAAAAAAb6IAADj1AAADkFhZWIAAAAAAAAAABimQ  
AAAt4UAAABjaWFlaIAAAAAAAAAACSgAAAPhAAAts9kZXNjAAAAAAAAABZJRUMgaHR0cDovL3d3dy5p  
ZWMuY2gAAAAAAAAAAAAAAAAABZJRUMgaHR0cDovL3d3dy5pZWMuY2gAAAAAAAAAAAAAAAAA  
AAAZGVzYwAAAAAAAAAAuSUV  
DIDYxOTY2LTlUuMSBEZwZhdWx0IFJHQiBjb2xvdXIgc3BhY2UgLSBzUkdCAAAAAAAAAAAAAAAAAA  
UVDIDYxOTY2LTlUuMSBEZwZhdWx0IFJHQiBjb2xvdXIgc3BhY2UgLSBzUkdCAAAAAAAAAAAAAAAAAA  
AAAAAAAAAAAAAAAAAGRlc2MAAAAAAAAAALFJlZmVyZW5jZSBWYWV3aW5nIENvbmRpdGlvbiBpb2B









MhSws/8AL9Ec/tvVIWrUabcsL5RXUorKW0TC6ExPBAwplLLO4qRw7KSPPJ76p6fLsusBa0IRUII520Abt26  
axX1KpTcrOqLC0NGXWVJTYZiHrNhfU7OMdmLo7vOffWzdvVuoiEX1BaAIDzT7Qs24pLYV4CIBpwpT8  
04OQR9GsX4oUy1QUpKrIc4W678NO3S0bBYPn3p6jyLzzZEylKg4giykgyiOOvEdkSx8YowrKkn2kBSFcV  
jjiPa4K5J4qA88HP0ajYCuQPfEsJfTeBjU9+WbaVzJedqtdLDU9wYRVqURCqxOPNyQ22Uye4GQ81Q7nuMnV  
6kZualSCyuyF+UDxNuFvXFqnJOVmE3fQc6dEKHAdd/VEct0Nr61Rw+7R303BFwvCGy1FrLCOPITrjd25fb  
zU3gqxnAPbUwkKgzMWLiCi+mvZEJqlOmGgShW/ZAvITa/x6YhFcDgEp2O604xIZUW3Y7yFNpTKx2Q40  
4AUn6fL6e2pWggpSU+TYHTWwtEBmSkOrHkEXuDpa3Ea24HTjGN02j1e4qpHo9u0ipV2szFJbi0ujQJVtq  
D6lqCE8YsJpa1JKsjOAPfkDvrq642y2p119Mu03YqUpQAAHXc8+6La3KuzT4aZaU8tY6IQCokgXA06zxid  
2XoveqPcJqNUbgoNH2mpEpCXESr6qKU1kNK7ITdr0UOSQeHFXGQpIR5DuTkCG1XaPhqTUUNqNQd1A  
LBzouOocjgOr0xPKZsuxTU0B+Zl2aSg2zFZyuqTyOU9XIxLe1PRWwnYq01u6rzq24FzP5RLjU2JBfUEy4  
48VKnkNyVyZqQpPsJedbHf5vfGow7tKmJ3+7sSyZOXfukga96iTqCefdEwkdIEhS3BMzC8upPs9JtKhZCVd4  
5XibNqV6pUeiUqNUIqocQxk0+M2QUpiuxT w9WWT2QktUgY+jtqKTUu2++pWFrWoqsNbgm97dXPuieS  
7rzKEJcbDW7ABt5ItoQOwcBGbW/ejNOqbb7ykgKWgFXIEZYQf/i7jVDNU7etrGpww+PR7YrZadDbiXAbhP  
b1iJ12ZVUVmktSkrJBCfPHEZAIa+nGNYyqsuXmFIKMup4n464yBT3g+wlwG4Pqj8+T5Crn3uX/LozH6E  
1vPkV+DP5q/dGhWdHUj84e+HyFXPvcv8AlnZj9CaZFFgz+av3Qzo6kfnD3w+Qq597l/yzsx+hNMivwZ/NX7o  
Z0dSPzh74fIVc+9y/5Z2Y/QmmRX4M/mr90M6OpH5w98PkKufe5f8ALOzH6E0yK/Bn81fuhnR11/OHvh8hV  
73L/lnZj9CaZFFgz+av3Qzo6kfnD3w+Qq597l/yzsx+hNMivwZ/NX7oZ0dSPzh74krt10NdYu7ln0/cDbDpv3Tv  
uyavIqMW13TbUXZuo0WdJpE12nVNmNMTS wHHGJ7DzLox7LjSk98ajNSxjhWjzrlOqldlpCoMhKltoKULa  
QtUgkWoZJII6wYIFNwdiesSTdRplBenZJ4qS1xtBUhRQopUAQTeygQeoiPvn9A3WvS5yabUOmDd2JUD7Q  
hvU7Z4PIKe6jwFKPYAd89h79cN4xwq82HWq7LLaP3wWq3rtHd3BGK2lhpzDr6HOoN/nvEEri2u3Eoddql  
KrFnV2nVGJPnsSicuPFS+w5GI0NSW1mGpLKIIdBSosgnZ+YAjA1KmSJhht9lQdacAKVAg3BGh4317RE  
Qmmls05LTKCy+2TmQoKBFuN9PjvjGpto3LT4sidOok6LEitKekSX20JaZZR3WtxRV80AjOuVknPUtW5E  
IFyTwa6zHgghxSW21Ba1GwAvcnqHK8eqDbNwVOKzOp9KmTYcgITeIIcVsuHkHRSrn3AUCPxa6oUlxK  
VtqC0K1BHAjsjhwpaWpt1QbcToQeIj6jZn2jzoFQH/4aP8AxNemRXVHTetfhR8eiPP2E3afKgVE/wD4aP8A  
xNMiuqON8z+EHt90f0bFvAf+7IUP/JYcV/0qONcEEcY7Z2/PHt90e5G396uDKLYrKhjJKYhUB8OWF+z3+  
OPPXEdhYkAKBv3+6PYnub6PlatbP4IZP+xeuudPXHCiKhcajuPuj+httpOBaNdJ+Ah+7Gc/wCMx5aFaRxV  
HibJ0bV6D7ox2rUwRUGUmDWqfKpsxTSHxGlnPbdLLhWIDvEFXYqbWB3+5OuwN9RHC0qRosWPHn9  
Nvmjilt6Q0hDSENIQ0hDSEf0md8mqbqGCREcbelCuJKerQlzCh5Hw1Kx+HXjMPeLsOv2J3YB048QPpj3Zl  
/G1iW8ovXFuvQkeORIFWnev1ammCEyC4w5Lpcd9woZflPo/wf1h0EplbQVq4n7pAGdU827vX2UsG5cSFA  
HQZ78SRfkT28IoZSWMvJzaJglJz5XCNVJbvmOUG2pIAOo0J7oyuj040mE1EkOF+UorkTXU4ldkvqLj3DB  
wEAkAD/J1cWWy2gBWritV9RPZ6OcWSpTnj869MBG7bV1ShOmiUiw4czxPbHPiQmMyX3iGY7IytleSEg  
KAB7D2iVLSAB5nsNeqlNIAKnAnvv8AQIt6d6tWNN6rV5Kb6q7vpifuz/Q7cV62ZDvjcgTwwOK0wZdAs+  
mJchVH5KeTmHUa5MQFLacFT7aI7YQppv2IYJA1FKliVpM0qWYcCgnyiPjt3/yjLtAwC5MSSJ+ppKFKPQ  
SNSVcrg8BfXib9XKJG7N9LvS/t0uqWrupal1XZfl7uvW4NyLdribdix08dTikLadYpqqYlNQWsrcE2b4Dr2Qlsc  
WzyjVTqdVmHEPyswgsJooSo57DmRYDKOet+GhvpMaThzDzO8ZqMit2aVeylJs3a/JQN8/CwygWB1FtYc7  
xejs30m3nlouzm11zVS0K7KjuUWTWxo1MbohXjXKhZajVZDa1xGQcoe8NXNkEgLUNXp3EtNNkzOzjan2  
bxXq9I6ag3AF+XVEUXgesNYgSqQpa0SDwVIUekAL21va3z+qN8VL0Nu+9OotMkf3y9sqitcRtdSoNPZuW  
OIEHTI5w26m7EKKiAvLa3EJaSeEoB7atktDpsy7uXG3mZdNgMiEX04/fjj2cuqLjMbl64ygpSzbAnF3JDil2Rr  
odGz2E3Gh52iM1P2C6/Oiu7qlXtpbcuxdvurQ9VIFGjs3xZlZYa5LVEqdFLqi+2CVcXAYy8EqACgoZ14vu0O  
orJl500hZ8lei9eSRqM3LUgXitIJfFNKSPG5BaFNcVt6oWenyjoDINrm4vY3sInds56T6yqrKi2d1M2ZWdiLy5  
tRV1+XT6sqyalIwU/KZnRBNtxXIZUIQkx05/wAY2kZ1aJiiPzi5KJzIH3pIB15dWnfErkThxKgP5BbKuJCe  
BHWONu21uqLDHalSropMCS2tV6ZclHqbcJdMqdBms1eDPjvpAbeiSYSlpdQSUjscpKgFAHOKIBbCsj6FS  
5bBPSsAbEXtYn224xfIKamG2IMPJ3ht0b3SSOdwb6iYweibKbi7x1Wq0fb+BFqj9HmNw7gdeqkGNGtyVL  
CIRk1tRdLsRam0OICAlSleAvCfj7TdeplA12Jip7pD+qQBdSgeGUGwJ58Yppe1CtuOMU9jfqajSpv+ikg2JJ1  
IHoiSVu+idseqCFU987kfutxI5KoFqNv0OPFWsFlk3MtZmPI5Zz4IZSrywARiHz212au41Q5BML5SQ4o3KtS  
Asi5sToojgDpEgZ2USMyErxDNqmwnXdtgBP8AwFWhI+9vbhraJ+bZ7HbQ7I0f5H2wsW27NhJA67TITZq  
ckoRXLtTrElK5VRfUe5Ut3zPlrHdSrdXrLpfn5xx546Gy1JTY8bgHjhb2xOaXh7D9D19xTKS3LJTqCRnUD2F  
QHH4EZgpKHS9xK8FS0pB7gj987kkg5+Pu1TMhdIbS03uwricxKie2/0RellbwKnHM54WAAA7rdfxjWdz  
obhNPyEI8RXtJbQO4UtXYFRP3HHt+bV51wt1afZspTqe7j64tMwEtg5UC3H+UR0rbCa1TK7Q2WG4Uia4n  
1deApuNLcy4HW+wKMr88Dt5amEs54u7LzCzdrKm9tVWtrccPb2RG5hKXE0oSLLWta/DWId3Pelz7fvOU  
S8o5izG3CuDOBWgJ0ZKgoLBCQPE4pzj8mpoxLy1QSl6VF2VDny6rgE25D2xE5iZdkXFMFTw4PVprpe0  
WddOd5RazZMWe1IDjTjLaSvmFDxehORjOQcH82sQ4wklMVRbKkeE21uP6RkvDk5vqclSVC1+Z/rHTf+U0  
fftn640L9UNbh5Vfg/3av4kaWZ0+eP0iPqQ+U0fftn640L9UNMqvwf7tX8SGdPnj9Ij6kPINH37Z+uNC/VDTK  
r8H+7V/EhnT54/SI+pD5TR9+2frjQv1Q0yq/B/u1fxIZ0+eP0iPqQ+U0fftn640L9UNMqvwf7tX8SGdPnj9Ij6kPI  
NH37Z+uNC/VDTKr8H+7V/EhnT54/SI+pD5TR9+2frjQv1Q0yq/B/u1fxIZ0+eP0iPqR2+vRNqcl9Be2Cm3BI  
H2TbphElMqPUW143DrmQmbFgx23eJ7EBpJTjsojJ002vFH9oNwCzuyWpPiCd/8ApkciSe3j6BG5WyJCl1P

aSUjPd6c5g/8A7hfMAfN2RtrdG3KuZ1SmxSiHWLgdgWZbbqk5U5W7of8AkuH4LSu7ikF5bxI7c15VnXlRptl  
LTQOVbEqvuvErBBQ0Coi17km1rRdqrIzDj5StKkOTNyaLeUFK0BHK/PstHVR9JtBD6XuqCp7OJrc+5ZyL  
Xt+86ZcUmOzFbrFluhh5ctH2pzimSzWIM4Ht7aQDnl1sxs2xGjFWG5OtJIRLLmS4hwA6Asqyt5QNACLkjjG  
qe1mLwriB2QW8qZdLlbbxNuioOAqAF9bptYnhrpFXu4VfU5Z9xthal+NALKCVnsFSGQv8IKArGprUUnxC  
cNtQ2fnEYuo874zU5FBSQXHLg6WFuuOFsStFi0aMwDwUy28Fclr75kvK7YHfscd0oBVOICR979Jikr068zV  
pxtKAUpULE9qQYy0XGs9lJV//d7fn1WIFhe8Wr7ITAFyhPlkTH1tV7ukBWVEDALisE/DOFP/ALhrpHZuov  
FYzpSEnq4/Hxz15+PXs8Dz5ADHsLlwfPn3H5tdVpKrZQSIu7VStuAfv3298ZTDqxWQULUj17IKyM9sfbA  
Pnjy/FryIINiNYujM5nUMtrH6PR3xlkao+yVKJV317qIyR5+XmO3fXipJFzyi5MvIvgoJt/OObjzOYAwRkEY5  
FSe449gR59x+TXmRcWitQ4LkkgHuiH++ykvqdBSSf9xYIJIwMh+aDjXujye6LfnqKnUE28kcNOZjTGu0Uk  
NIQ0hDSENIQ0hHH1ZRFNMEJ5nwk4T37kOt4Bx7u2qOoX8RmrC5y/Sir6YSmflifZCFcerQxxdGrD0VyPCL  
MuvxWn/EZKUFTkX2014J758PGT9HkOxOrDiZKkutIUjMEqvmBfhF3qEimZbmHmFJQ8pNla6KHviQFBm  
R61IYagKLz0mTGhmSjgkvynUMRmTgYC1OqAx5kqGpg28w8h51KrZBJvxuBfTrHbGNV0+ZbeZZKQH  
X1hIvwtwv64vbsToT2N2623ibIX61Udwrpt6iprs2DWKquHYcOustCZ4ho8IIVUKdGfShPCQ+UulHtIKnAN  
Y0m8U1OoVH7HS1peXQrKIQTmUO+4678YzXs9n9BoIPZq1SQZyfCASFqypF7mwy8Ra0T7s/FNs2mXFeF  
ceqsmBT4syLRo6GaVAmS5cZt5LEiHBQjnHbS4222M8GkAfOJOohPK3r6mGGchFyqvc6639MZOkmw1L  
bx57MAAUpNrDqA69Ld8ZIZ9yRq7KnVZNNj0eNTZDBnS1mNIRleWxxZSwlpsKIYSIB8NzIwj3+6inGFS4  
QylxxZcGgHue711+ipAVebccU8mXT0L8ADppfj8/L0xsC2t4tsrerSqZMqBXW6iXIwcnKyZSPEUjSrpDiSn  
wleIshCCKfckHA1aZ7D1VmGm3SwQhsWBAIJub9Lr4aX4RcmK1S2nlMleVx03spfVcaW5DnG801eh1NpC2  
WAILgCipvj4QGPuE5IjH5NR8Sk5KqIJ0I+/+cXpLssvySFA8ib+06xxkijUiWpSiwvkvPNWOSh/IKz5eWqh  
ExNoBacsD1AA+g9fb6Y6LaZcJJ4jrNx6joQOqMBufbKxLjaE4LVtqu+34par1FplYWgjGFJFRjuBpIwMAey  
cDIORixPzbab79wG3nqPGLc/IyDiiXJdC3L+VkaIt6LR7aHaVm0B6nNwqZTadDjSoinIsOJGiR1oZktdktQ20I  
bwcYshKEYT5a83pqdfamACOqy6EknTnp88espLSbb7J3aC0FAHQDU8OHHnGmelO76NtJ1ibuW18+0yxux  
Xa0wA5kNvXTTZS6xQcrJAQt2mvz2UDyBKQg5OrtjWmP1nB9JfYaBfpyUmwSDoPKUTa+nfaLThSbbpGL  
KILuOZGKgtYUM1rX8gADTUcYt+ITzKgvNpwnhhYVYStZTjPEAKYJB9/vPfvCLbawvgVXVxta91cdPojLa  
wCki9gkcNTw7/AiMa7ekt1NjYWhTR5eMpB7ITa+7awewOPPv+DV3Kd2cxRmA7+fuiiK0KEG+se556JwU  
04tplKU8ErW6lKEcgcZJPcZB8tcNXUskJJv7NY8yQIB6XVx09/pjTF4VKIClrLzbqWXUIecbUhaMkniGyOxz  
k5+GMakUi0sDNIsTcfzizTriUjiBmNvj7I1VeSadQrfarjwAmTqu1HZdbSsqT4fsqy0PnAkgZ8vfg8ya1uzL0tlzJ  
YQk8eN+R6h2iLa+ltqX3yV3Ve2trcbX9HVwMaN3jsmm7jW8W55xLaZPqcgKw40+U8gQf3APu+B1IKHNv  
U+YdA/wlEfIknKNeXzXaxKs1FkZzldaGjgAKieOHTXhGt+ljcQ7dlubb+7qgErpbvrMCRyHF2P4yWgnjy7K  
AWn8mq7F1KNRVLtco2Vlehy9tPXX64t+GaguT38pMqCS3ci51PS48Rx+BHXr+Unfvs/8AW+5P1T1nrdnz  
P2EfxI1tznz/AN459SHyk799n/rfcn6p6bs+Z+wj+JDOFP8A3jn1IfKTv32f+t9yfqnpuz5n7CP4kM58/wDeOfU8  
pO/fZ/633J+qem7PmfsI/iQznz/AN459SHyk799n/rfcn6p6bs+Z+wj+JDOFP8A3jn1IfKTv32f+t9yfqnpuz5n7CP4  
kM58/wDeOfU8pO/fZ/633J+qem7PmfsI/iQznz/AN459SO2X6J29a1E6ONsaWxJUqGLg3LcEmTIkVRLanL+  
rilhMydCjuOPYPhTQCT2BUAdrUXa9INuYyqswojPupWyQADowgai5+fhG3ux+dcRgyksakF2a1JJTrML4E  
hJ9mhiwu6twFKuag2jQ4sKoXA7LiuJlimRnFxJ7vHDSVzwFmE622pSIPJHJCvHwykaxxIUILLD08+TLyZTaw  
U5iM6bEkG/HsHA84yLOT+WZl5RloTE7mAsrU5FHRKtLcDqT6o6i/8AdBFes+Z1n21TLbrgr97WJtLb1u7o  
1KK4hUONdhrFXq0WhoU2ohc+LRZ7IIAYCFSUpKQrOtnNiDE83gpc6qWMtJTUytcq2vRRlxYJWoAAXUr  
MQRxHs1F2+T9Omsalp0s/41M0+VaYml3BBE1KggjE3Asbm/OKKLMn+u21UglfZcdKikDHHi42ogDPzck  
6zFUHi5THCQBvE5Tx4HXTt+jSMH0NjxatSfG4csL9RHZ/wAtl460JWKBFtnBbW+ggHsMr8Qds9vnnVJS  
HbySeqP+CCPQCYqcSSqfso84kX3hHG3IAfRGQ+sEHsf9s518/w6u91eeYsRa7APjuj7W5iiUnIAHcEZGO/u  
7+eAfwZ1yBzzWPx8c48ISwsSNez4EcpGmFCgoLPHZABJHf34z5/H8OuQogWikUF3FyRljL6XVSkRkI4AU  
Ak4PzVdzkZ7ef5tLgm5Hz++KyWmig2Jtbv4fhqjP4FSKks5IIV3OM9iDgY9ruNeDQCQDxiSykxcZieGv0/N  
GXsTAhHLmEAJJUvOAjj2uyTyBWAMYz314KRawHEm0XdDgNiFXV39enzxorqWsu4bMvO2E3HH9Uk3  
Tt5bl406OeOot0ity6u3CS+FJBS9/gTpIx5Ea6Ss1Lzba3JdRW2hakEkg9JOhGnUYqKnIzMG8hqbTkcWhKwNf  
JVcpOsR017xbYaQhpCGkIaQhpCPBHicSMgkeyfJWCCM/RkD8mvN4ZmnE2vcfSI7oUUKCgbERycKE2XH  
ny2kkNuYVx8uSO+MeY7e/4aoWpc3WcgBSDbT41ilmJlaglvObXuRf49frj4beq0+17spVQh8lNIqlMfWwFFJ  
UtE1pSfTz/4ZLnAjHlge7VtL7krMqVezLqSIQ5E62PXe1okbLMvUZdhS+i/LrBSeYtrx00veLSOqvrGuqDXL  
E2ikz5VKsKn2/QLnu1mAo+Nc9Wqc0vpbqpcgXKZDjRyphPsLdUStCilOLdJy8IIZb8w+kCZWbW6b25cD  
6QdTEnxBPVGoMSMnJvkyrKQI9IA+U53vbMDqB0SOHO8WGfbf1xdzJMaWxNUqixI0aDQ2myXGVwmY  
rfKTx7H7epKVKycjhgEAao5mmiVQXQgZnbkki9wdfRfsAiUU+roqFm8xKGGABwtYw+jnpEpdY9rb7ibSzk  
0MuNz7ptpq54RTUnKc5Cjyor7dKlqdSQt2SVoUCloKJKgnuDqLU6rSD1XQuZCIJ1ZF5QCVC3k2I0BtxcW  
466yerUufbpLyJRwNPPt5kKKinKbgA3vroebuDziGlo+jzu+5x5B65253Uhctcq1NIUquUS1IL0mEwJi2UvlvS  
ajMdC4ylrcQGGmW1ex7SkqwDfVYwZmnVSUht1GXdkWssWtdOUW7LEkxEZTAk1KFufqNZG/SAqyVF  
V8wub3OhB0A4axN61NyJvr06OqRU0zIqh4bafHbXwQFnA5FwnGQcdyQOxOrDNU0TTi7jKpRuR60/qiaSl  
SEs2hWfPa4uewkdvCM7R1L2zFhhyKhHhu54/wCFvJQyoZ8gvOcnHnq2/arNrPR110A9gis+2GTbF3HbX7O  
H9OPzRru5Os/byntTgK2ZcuA04+9HgQnKk84hBAWG/VSSit5J7FQV3HFJ1cJbCE6SkFtKe1ZOWw9XwDF

umMYUpsEJeLrqdbIsSQOOHrjh6buzuvuTT/X9tpt7rrDTzYWxKqMmHbMV9LrauKuFblN0tDkArkAcYAJ  
Gc6qH6bSKe4Uz9VSSMrBzC6J8oHL5PK1+2PJus1Oqsh+m0t19oG4utLdyL2tmGvo0HVrEZ9xthvLcPcd  
O6ds2rYu3FZi/IFZZRcm4IMU/IuKhvtoYVBXRmJSG1qaiR1u+LwThwpUSFKzCzBEEKfIO0xTsxPjFSpBK  
GilKEq42CgVX7SeOoiKT9Bx9UKmqy8m1TEoKFZHHApXXSBoTayQL8ALdusXL2vvDWG6JQ17jRY1D  
vZVLpi7soKq+xLpUGtrjI+UDTKjEATNpipaXHGJIHstqSIYz21iSYoKS66aajxmWKIFsEahvUpvbW4Ta9+d4  
zRJ110S8uKqfFZooRvQDdO8yjPbsz3t2WjhLg3orUGe+i022a4ypHjLZpUaQmGgJV4i2xMdRwddHvPYnGB8  
NVUpQGfjvOES6jpY30J4c/6R5zFbdDhTLHetjiQB7vjvjBR1LRJUHMC5LztGkLWUOIfCi2O2CCpQwDn8H  
n56uQwotlO9lHN+lfHQdEDUH0xQnEe8Vu5n5E8u3kRp1aRyY3Aor8dgtzWlszVITDwcZA5qIAwA6c/c+Z9/  
kNeX2NmUG6mtBpzj1M9LLSPIRiOovGTltq7aGmiVeYqG6h5yZSKkhtTjZVkkqivoB8k+XJPuPY6pbrp84Zp  
lrepcAS4OojTt4cdLeqPYBuelnWC7uVqVmqRkRe45W1jCIZehhUqjS1hUmMvw23G0qSHmgkoS82FnKgR+  
bV0UoBTcwkWSfK7dLp1RRNtrCnGVHN1fH8/mit7qHptTu7mpdKddafeZXGfUhrA5oUoOjkU/OOWk+ff  
vrIuH32XZPK4MwGuvXr74x9iAlIp0raUUFWh6DbnFU/rD/8ACZv8p7r/AKP1ka35PsY98YXurrV63/qw9Yf  
/AITN/Ipdf9H6W/J9jHvdXW1v8A1YesP/wmb/Ke6/6P0t+T7GPFc6utXrf+rD1h/wDhM3+U91/0fpb8n2Me+  
F1davW/9WHRD/8ACZv8p7r/AKP0t+T7GPFc6utXrf+rHb9FNQnK/wBC+1TbhKD9ke6oRMddq7zxxuJXk8fHrrSJSgCcAOJ4jyby  
nGtPNrc0JbH1XINGWZTzF8ui3k3TG4uyOXVM4DpKbnouzdr5jxmVnirpev0aRPapWm5tRTKjfnym7MJKQh  
yhWQ0IbLrbN312NMh2/U5zgVzMNuf6r4n+Sjy1APsj9nlp06GgmUSQ88vgUy6Lb1ItyKb348Ynz8maOhVS  
C9MzwLbN9S10ghBHG1jqI/PP6pU3QjeLcGdfjsqVfcW7a6LxLzFqcfmXG9UPmmpS3HnSVupddfdjZJ7lcC  
R7ISBv5SESpotLEgQJlyzKkgWShDabFKAOA1vx7zHlxU5MlxHU0ziiufQ+8p1arlSILVfMTzNgB6liU96c  
65Q6wpoElahPPLxjySAQOw+JH4+++vaZYtOpHkjlrbTTnFBTppKqnT0qF1FwAHnzjFbQkL+TXWiSeL/EZP  
cBTyUoEdyJ7astJWEtOIIuU3v6zEhxEwPH0HSy0KV6bmx7xGUiQc4JHnjy+n8Gr8HCQOlc27lju5tqeXbH2  
oXkADyKh/wCYz8Nd0klWvVFI5cG3KOWjgex9Pn+TXpFCsWQoga6RzcQ4WBnCR37eefjx9/4deqQcXih  
TbOVE8I3dt/Yd+34uqtWVaFx3gu3oAq9bNAPUyoiU5TgQy/NVGBAjNLXy4Fagt0tkIB8xQzc1JyoaRNzzTT  
rygEJtZSrKWSL8z7DEspFPnqhvkSkm7NCVQXFuNGyUJSLkr46AXv1iJL9KmxVx77707Y2L811Rqh3TcSfl  
GuP0mooyKRQnw/XICS6yGIBtptTtIEOFXNJSfa1YMTVyWotDqdRQ8DMSrK1Ni+oWUKyEDje40JFu+J  
zhGgzNzrlMpmAWXXkFzS2lac4J4HiLi94zr0803dH2v6y7KtShqcVBj9Nm177a3MYcPy9fsVK20pGG2S  
zEZ4p9w1DNkNYeruFpmoPpyOLnpgZfN6LSrDvKie8mJvtmpiKTiuVIG9UJkZcg9YzOpHqCbDsAilbWU4x  
HDSeniQ0hDSENI7GUEI6hA81KH15/HP5B+bXVaStJsoJ98dXFFCFq80GMrTHKGXexBKEpSD2J95SB  
7+35vw67pb+RkKHL2JHXFmUo7wX0y6m/bw9scRB9Xj1WnzJTYdjwZ8KVISnCNcZhltpuJSB5eyyP87V  
oeaCIXFhY/TeL7LPka3ZRpdV/o17OMbW6vpcWubg0SpUtaJcdNi26RIZLbyVolqlVCOkOIJ9pEZ5KT7wSM  
4PbVpnJUqWVBGZXXaJgKhLLcQ3nBFgbg6HS39e6N0dAfUva2127lgUTeRc9/bCLclOfqbkKIj85OafU/8A  
JainE+ssrk+FyTkep7A+Q1R1Ezc/R5ynybiW50trEuVmyd4R0bnqEXGjzUvSaxJVkZCnaYlxBebR0IJSd01W  
6udjHcF3U6g+mrcq2bbvSyN06FKq9vUvDsg25QabKfmVqG44qRTceadYbbokpFSSjmhwtzaZUsqQYOsd  
UGgYqpU3Osc/S7ys86d46oq0N/KS06242tp3aRSLVMQ4aq0tKzVPqwXMS7QUhCQk6JA+TUm1rm4uO/nF  
L+8tL3R3uqD1VuW65dhU51SwxQNvpLrzzjRcU4ldWqdVWUvrKIJCkssBIA+co99ZvpTdPpDCJZhRe3ViSp  
IIBotk8R19sYcqzVZrbrkw/MiRbcuAlu5UoA8VAeSRawHUTEJbu2W3tsph1FkbiXNWka48qS5R6xUPBc  
WOQUUMSqpSfpKio8Alv5xH06k8rUKdMBKnGwCedhrbTqB7IgVTw9iKRBNLq7imgOigg1QPM2JPE317  
OUYM2utSGksXpSqnDqKSkSmKhKefjPOj2S5EJfKXWloHcAgAn3arQlhJ+SWlwHhaxt1D0RbmfHFNFJTPp  
cZeSdc+ZOYjiQcZ1EbDoVanIaSiC0mKltPstxWmmFYIGOak5ye3kSflTqncQFq3ajlSRf1X5emLyxNiXbH  
Rvawv39vGN1W3vLeVGKF02vVJtbSEqz625hKfeFZJ7AY8/Li21an6ZjuKO+aBKuBSB7SPjti/Sdcm20/IO5U  
otoTwrDgPRGX1vqhVGI06RV6/e79KpcBBXKqE2cqPHZyjPcj2nnlDCUITISjgYQoQMUSmNIvuiEm+pEVqs  
SzzmVa382bQHMbG2lh6dli7QvSU3YrcOBLgW1PunaqC4uk3NcFWHCRVVLz/ABE+gtScNMOMuYUGnVL  
dkoyFBpQRTGjS8/mlpJktMouSrgFEcs2nHhbtimfxcumqS9UFZ1rsAm5vIj8q3YNb27zxiwCP1Wbs3LbNLR1  
rWnfdTtmdEM63Z63rcy3noalLQl5QC1uLbIacSrK8gplPcapvtZkWHdVXUMqG10rZrF9LZTfTrPIaxeTiuoTE  
uzNSUo85LKGgWgpbV25uziALX4RoG/OvK7KSlyDW7FsCFKYDjMuZXqkuqurcwA42VNFDbjWB2SkIqJ  
ONXOXwtIJJWai6NBpYgfPaI7OY/qKFlhVNaKxxF9ew8/i4iJlx+kmvanqfhwSig+KBxZbpVuhVNiKOe0ddY  
WtLcFpQIXxyde6qPSUqyLWqYXbidD3W7Ovti3OYpxA63vGgzT2jwN8y787J10PLh9J2j0I9fo+t6b+2Hbu4d  
9S3rPqcuTS4dJS3FagUyZKZKo7qPCaT4uV14gYwCOyR5aoKlh+lrcJ8S1NAeU2DcqN1EaqUkdfE6Rv4fxhV  
vs7TGqhUy4wFFNykdQ3AuNbd/al7E7VchOSI79RCDOVH8WDLbWoe9IHHxmHOPZL/cqAHfy1idc4EF  
DNwpxcHjodOOvx1GM8pmUgpOYHNe3DXj3XjCqtsXC3PqM2uTVMepB1CYaCQRcIiXiEAH3EYPw8tXB  
nEKqU0lvtRR0IUNdNertikcoSKgtbq+idD679nZHWs9VkfWsx/Je6n6T1sL0fO9rH1Y1cue381760PVZH8E1/y  
Xup+k9Oj53tY+rC57fzXvrQ9VkfWsx/Je6n6T06Pne1j6sLnt/Ne+td1WR/BJf8I7qfpPTo+d7WPqwue381760P  
VZH8E1/wA17qfpPTo+d7WPqwue381760PVZH8E1/yXup+k9Oj53tY+rC57fzXvrQ9VkfWsx/Je6n6T06Pne1j6  
sLnt/Ne+tHci9D+htvoK2tMkpYDVzbsKPrLdWjuBatx6zx5MV11cpIOOXWricexhGBrSPbOQdodYsoGzMIhV  
Jt/dkebp6vnjdYxf+z6jpscxenLaL/zK/OufWe6J8XNLYrtRpVMejSanAh1SnzIjtFSEmI+haFJkrwlsI4qJVntjOo  
DKy6pVmZeUnI5MtlNIADQjQ68rW9ETmbf8YdYYHSbYWFC2uoPDSOiN6ZnambtB1IXTWpE+M+xuhA

Xe6YTKVMSKSWqjKoCTJjrwoR5EemNOx11OHEJWpGU99br7PK8mdwtKKCM6JNASpQ8kECxH9LxpDt  
aw21IYxqB11pKqjZy1wSrrAAOljppqBeKr7dq32TsV2iyoy49GVTZ8hyqwSU1ZMqLT5TsGJGLR4ZFMelpaMv  
m2tZbQAgg41KVzE3VW3AwCiTaSVLt99bnrroLiIIXK06irkTMNb+ozDyd2degLEEhtuQR3R6aNPPhXbTqLS  
7atCHRJ1t2wpmtyKY889KuySioyJztdktPp/wAGIMwX2I/FPPLcYeJjXrypK0uKmVJTICgLDTKLe3jr1xWV1t  
TZIQ5d9wrV0uwkkD1G2mmmkfGlt3kocVZz5YJIwTyJSBkY9/YavQSoZdOrt+aI6SASDoer6I5ZICuAGO/n5j  
yP4+x+jz1VJBCrHqihd4rPKOSjhxJHsnBA949w79ide1je41taLa4UkKIN+Ec9FCnFqABSAMlwJ5JQD71dvc  
Mdj5ka9RokEiwigsVaDUmO1d6KrQm6LXdpLG6e7Zbtfb3qAuooduO3LkkRZid077pEiSmC7CuWY6rx67LZ  
j8oFJk+CpDbikRQStOdYtqNJxYxVnay9PKn6DLWQwpGviaVn5QEeVoDe4BtY30F43U2QVvCP2u06jMSY  
kaw8FqmELuPGnE6Nnfi5UCQPk1WR96TaLqddqNuNu7YteK23tZsO16DTZVwJgUeJFQh20KtUZ8qsV+lgP  
rU58nyqs7JdbJUFhxCKk4wNYaq9WqE084/UagubfkmNHEK8I9oXDSH/wWIsbdsZspVLp0pLbiQkG5Nphxyz  
ab5mXCMzoP8Ax3BuLg9cdRD+6DJrK3rhrs9t1Kg9T+mvbWnPkggrci3TuPlftKJOU+9592tkiKSMHTBKfKn5  
g/u2NY1k25m+MZS5sRIS4/ePRRjrMMYZhpCGkIaQhpCGkImd6PCx7O3K62Om+wdwbVZvey7u3DRQ7kt  
R9JU1WqZMt6upWwrDzZQpDyWXwtK0qbVEDicqSAytjabmpHCtbnJKY8VnJdnOhy18qgtOvdbQ9hiY4Fk  
JKqYopchUJbxuUmXAlaOFwQefL2xaX19eha3D2Xi3Dup0vIrG6e1cdiVoq1ivIXUNzbChNtuPSFRER05vig  
NNhag8w2mcy0PtrDoCndQTB212TrW5peIC3T6vYtoeCvkXbcirTKtXHyToDY8IIION9i89R97V8PFdQ06FB  
a2j/AlzfaUvatp8m+a/AEcYp53chUGJRduYtKtynUJUe2voj8+U20tqfUZ0IGZblTDuFeM2+24FIJErSQUKSj  
GssMtkSkfV02IK6ChYhSetJ6uXKMT1KZCXpSTQjcvoz+UTaxCxs0XcaKsbd3ONEzHo4bQJUDO KPDQ0guK  
5JAKqgBBW08EBKiUpJA74Hftro+ImyBmuo8hy7+6YpGW5h145ASpHUTw7NNfRZGBEdLu9fVLEX2J7G  
WLVLPcjuoTW7hczS7QtpgrA9buS6JSfvqW3xyQ2FLkqCT4bKIY1C6vU6fTQpTkWEZQTZJBnxyAuNb+2  
MmUKj1SpKQlpk3UQM1iUi/NWnkjiSfbF66ul7eTo/seoKXdd8XcinFhmPcFco0CVBh27UnFpSxBW/LcUufS  
Eo5NNTXUtqcU3laEhSc+NMxDI19JQs5JlSdEAABQGnWekbjTv1iT1Gg1HC4bIe38q/YqsLICIou6Ohv1X  
AtGzrauqm1cxStxQU8jJCljikhRQQMjzz7j3wRkdXR1fZU1e+gPLmO/44RVy0028IHSuTz5H47ozeqUONPZI  
W0Hm1tqwFNpZgDzQsA8s47fh1b2X1IvbyR8fHfFa5LoUkX8v2dnz/AiPF+bZMz47sZ2MlbZBMdYaADZKS  
QMefiDPx7IPu1fJKfKCKk2APPh6fmiOVKleMBSFpBK9AocRf0cfpjDNpOIGs7oJrTVBuqnRkTqPQTUaFPb  
cE9mnupKINUbd5ES6e4n2eSUgtu+yoAe0e1WxGmlKQt9sqSvgtLujX70m46R5Cx74t9LwouoFaJaaDbrd7hXl  
EDiQLEEDmb6XEaw6n6RYXSY01Sbxv2m3XufMZadpO1tsH1qvfbluPLuN1ClItqCpfdAeSqS+AfAjrGvP8J  
TESqkMzqcqCRaxUmwN+rU9UelToLNLAEzURMOJv0UC+XhfNw0+bWK6rhpF13rJiXNvfPI02mqzLtza2l  
OGHNdjLPNqRUSTajQYpGct54Gc+j2UNtpUMX6Vp8xOOKU4CIsDgL20Hz9cQyrVySpDZVmDkysdBA6R  
FxoVDQAHjzjBLrvJqGy3CixYsdmMITdMoNNbMam0yOnJ4hoHu5gDk4sqcdweZ5E6u77zFOY3TIAWBy6  
wOfbeLUzL1DEU14zOOlllJ9Op4DkRb1R8dK353egWhDsGmXdU4drNzpD8SGw3GQuMZrbkiLGMFoutU/  
xS4sNBQSIR88HGraIKnFhxaElxxQtz0vE1VNOs8qZZEwpLMuk2FzyBtfXibDh26CMOVsQPyXYYPpPynX  
VPOOPPOOPurWOKStSniSkIWfl+7V0qbobMs2EgK1vbuEWCiodf8AG5px4qWbeUe08LacIx+OUOkFPFB  
wPIDOR3+P0/n1RNhKIBXo1+O2K17O2LEXA7ev49kZ1aVcnWpeneUgnuLZnUSoxKjFcbBCIOxnErkkeQI  
5D/4tV6W4inNmLegi1uHCKDfQZds+k5XGICowAg6HrsLcvRHaj2Q3ipm4tjWpVpkgmnVmnRJ0eW0sldNq  
zLSBJYUoK8i8kpUkn7vWMaxTjKzLzbKQB26X15aRsZRKwmo0uScc8l4cRYkWBPSHLkOJiUdNrtakJdVS  
Ks1EQVJ8dlefCWtKeKXmVdsqJz28zqMvSzClf3hokDhlGt+3hEnl33Egl0kHr0jrUfJS/vO99Tbm/W3Wweb8  
ofno/hxq1kV5p/Rr+vD5KX953vqbc3626Zvyh+ej+HDlRzT+jX9eHyUv7zvfU25v1t0zfid89H8OGRXmn9Gv68  
Pkp3ne+ptzfrbpm/KH56P4cMivNP6Nf14fJS/vO99Tbm/W3TN+UPz0fw4ZFeaf0a/rw+Sl/ed76m3N+tumb8of  
no/hwyK80/o1/Xh8IL+8731Nub9bdM35Q/PR/DhkV5p/Rr+vF2fRL6RO7Njun+ibCWhBZtzVq16vXkHduK4  
7jrIAzPtd33JV7glqrndhqTKkBLagIvhTkjdyFqKM4GCCb7NJTEWJ5nED9cdlkKQy1xhtttwknTlQkpWco1Au  
QRx05a55wHtCqFCwwxRJajsPlpb6m3XFvIJLjqlkFCc1rE2BHJxiWVa6yepy76dlbk37QrOis2zljbi14NNmR  
2H0KQ42ir1qRMkccLIKk8FjzSrl1ZJXZ9hGTWlwUxc+4gggzT6yMwNwSlOljzTwt0NllkxjLFc0ghVTRJpU  
NUy7KADccMyrK7L8fSTFO3VpsO5u/S63VKtVq3XLoceptNhRK5cVWkVeptM0KKuJRoSqpNWXRERHW  
6gJJP28nsU+1lajPy8jLJkJWTbk5FepbaFhm69bdZvfUkxiXEDFXppo1HMqZqTft3jhJVpe6dljKSRcdgijBc  
KoWJPrNdMw3oMiKiZBkR1pytiQtDrXfA9tpfcoV5EDUqllty7cwGx8m+2U2HIngT2d0YnnEOzMI1LvvqtM  
MOgm4sCE6WHcL+wzxHS3V6dRt6LOcq7jbVMnOyafMKy2WY1IZcbDbgX24rWEg59yu2rDKrUHVJaOW  
4sCey3Hv8AmiavJZK5VyaUEstqBJI0sQTr3RehUegfaDeagCuUqUXZnBmRUeovogyIrMR+Q4IS0ipUZQKZ  
iS5xBUNw1YJwcnOrarEj9PWWg2t9tRIUMpva+tidB2XIESk4GplY11TEq4hDhBKVbQsFEXBIPf+IAv80V  
Ub6dM+63TxWnaZfVDeNILrnyXdlPjuvW/U2SpZqr10ICabILXDLL/BWeycjqvYUisSNSY3jL4U6NFJPFJ6j  
xF+vIGI8Q4UqtCmVpmZVRaUei4m5Qocrc9ePZEFV1RpKAtJDpUcgkABPwzn3Ep/9Z1d1PZCLa3iLinLXfO  
5IHVrf4HCPQuZPqBQ2hbiMnJbYK208R90soBLg+OdeZceeshGiorWmJeUSLpvx1Nie3jGxrCuSpbX3BTb1o  
bsJVUoymJrkeTGKWnTHdRKjKS/x8SNMYmR4smK+2UvMyoyHkqC0jVLPutl2TnGXMq23RmKVi97Dp  
D0629se9LxDNSNR11yalDpZLg6g3sDw5c+GmgsI/QH9H/udXN+OnzYzfS4kwIdwb1bM0S9bvoUNC0NMX  
TTqIPteZccDn3bi1N+lruktyEPyVhBKSTrRTG0oinT1RpTYO4o86tpIRi8h1pL+Q87IzWT1W6o+iGDJ16pUu  
nT760l+pyoU8LcXGHcyVpHAZgLmOrN/dFkNELr5ttttHDxem/bR9WSCSty6NxpSintk4/NrYzYotS8EzJU  
bkVCYHo3cvb541v29thvGsqlPD7Hy5/eP+6KGNZpjCMNIQ0hDSENIQ0hFg/opTj0ivSQoYJTuoFjPkootO51



hJ/CQB+PUJ2j3+0fEluPi5/wDvRE/2YG2N6DcXAEtP647/APAdU9FhSgnwHnIsd4FKlfaXH8O8eZHdsFeAe  
xAH041pSWWwhwqALibqSriUm1tB12vrG6qVoUndr6La7BQHBQuND1Dn6I6x3WJ6M68eq3rb3mt6jVH+9  
LSK5bUu79s7scpVnK2tWbup9OpSpFCq1PhympMGDLLs1a5bLa3EupDjiFJUTrZWjY3ao+zizF3Zpxte7ezE  
3AvqF76BJ8nS/fGtVc2dv1/aNVUNoal2Q0VMgAWUeISdRztrr3Rpbpi9AIU6ZXPSi6y7mUqnwKgv1TbCxK  
wZiUNiK44GZNw3IFQINOpD+AoRKfylvbWkvPsZOKKt7R5FbKWaFvZ5yYAJeIKMpsLgAXBsbjUjh1xW  
ULZnPsqexllqRlpckJaRqoi54q0l6wbE9XVHYKsXbOw9r7Splh7aWdQLEs2jtJZp1uWxTo9LpccJGFPUoZTz  
n1BRAK5Mhx2QvzU6Sc6xu9PTE04FzTheXe9ySPjujLMpT5KnoLUhLpLWICxAF7+k669cebos2k3PSP1HrM  
KNUqfUo7sKbDmsodjTI8JJaU1IQskOAOuCK5OUgPKSNVEjOvSLgdll5XWzmGvUb2jxmqc1NMusvpEwHbi  
yhYWPd/KKQuobYSv8ATIXxXaDGmT9r6lISzFf5KectSa8tXCk1F9ZPGGAPtD6zjini4QQk6zphyvymIZUN  
KcAqaQAOe+Vp18b6d3OMK1yiTNAfLiG1Kp5J0A1Qb8Ba9weN9OHpj4LP3DZmNxmZLoWpRQltaV8xxB  
7KOR7/AD/F+DVTNSSmipSL3vwt1aH2wlailaQIQB0ve57wD839I26uPTqzCSkBDIoKgoKIBcKjltJH3eMfj1  
bczjJAIZBXG/ti5ZEOJ6BzKPPq6j6PbaNM3bbV3UJyXWNvbsqdiXgml1SmUy57febizo8eqMOMOsIU62tt7i  
XAUhxCuK0pUjisJUK9C5SZA3FRR4zKkghJ+9UPJN+wxBJiWmWIKmKe8ZWbQkjMAOkk8U628rTXsjrfbz  
2DuDt/fFYavidVqjX3qg/U5FxpkuXMr7jsgrFbRUPTinZEhTyQpxSnPEbdB74IzdPFf2UFgjcgdFISmVx9EQJ  
c0szbiJ5Nph0m2bmdb3PPjzvobRiv8AfJuGU0+1Upz9TmPIBcrU192ZUIFI4kvuvE+O5wwkLVIQAA+nVfK1  
maYZMskgJuenL9Ird2sWWew3KvzgnnAS7YdC/RI5C9yRy07I5aBT35VOXKkOoWmWCpltSg444QnmH  
luAeye+ce/PcauDEqLYYW8tQczXIudTzv2X+fqiyTc42xNiXlkKSW7BelgLaEDrA4X5iP4gZkGDw4pbe5L  
P0gFSUJ7d+4/PrlgJ3rKCi2Uj3+yEwtW4mHys2Wpgc4+S7QV1NAbxhDIVxP3JcJV7/oGvKqhSp3Q6IAME+H  
IhEgcwsVqIuOYGmvrjgo4WF8sIOB+HAHI3I7dtUrYV5V7Hq/nFxdUkiwGYE8/68oyWHOKFPd/kMjxPM5  
7d8Y79x5Z1cGHYk2ty+OUWeZlQoXbNydbfzi3f0em77LjVY2hqz/MPKNZthwuew0tJT6/DRkewrktK+5B80/  
Tq04kZQttiZZAWpIuv0m3Ea8TE3wHVSw9M0eaUQp1IU0b8LWJA5Wyg2i1mn1abHccjSpU9ILKQEqadKQ  
4okZIB92Pw6hriG9DlZa8uFuqMtIWUEhLitBre14pB+SW/vK19S6H++su5lfp3iv4ca9bsfgv3aPrw+SW/vK1  
9S6H++mZX4T94r+HDdj8F+7R9eHyS395WvqXQ/1v0zK/CfvFfw4bsfgv3aPrw+SW/vK19S6H++mZX4T9  
4r+HDdj8F+7R9eHyS395WvqXQ/wBb9Myvwn7xX8OG7H4L92j68Pklv7ytfUuh/rfpmV+E/eK/hw3Y/Bfu0fX  
h8kt/eVr6I0P9b9Myvwn7xX8OG7H4L92j68R2uDde4tlN96fcVBXiRE2/byK7SGokemMVCmrfqYdT8nRZ8h  
tqUIGVlcDqiT3UBkpeSnhEfZKdDgCkqLKTclWhbTc3ISb8uHZaJXlqWxK01xs5Vth1QFgkXDitCATodOfqi  
9DY/fGgbhW7Rq9SanGnUuoQm+TgcbW7FIFY8SDLRyBalJJIU1QSRjIBHbVinZNCipTN+je3DW3CJ7Tqk0  
6IKVnpG1+OhNtOzX2RvWrUdqrMD7X47byeeSW18h872geE44ge7/K1bmnFsuAKOIPCLu62HUpKFEcOrXj  
oew87esRWH1ZdL7V4wZtxWjCZYvCmNyF+F2aarcMoOYbiynBkJVjwVE+Z4nlOpTT6jnBbdlyW4i9+GnM  
/NGPMSYfQ6tEzLNlLgN1BPA6g3Ite47/nik+nW5dC60ikwqL VflqDNehyITMVxe2JNadKFocwR4S21pwCp  
QB8+4xriXbmAtWVfIXNIB5beyLLMKbAdZdUflaRyHj5NuAudYmC1UesnbizVWVnc14000YgjmRjbmR5  
MykNr5JaecDQCXEaCzjAVJQBIRAZqrcacW5unHEKQRqABftA48eHzx4sOzUrLlxlP5oN3ICSoAkEW/Ktbu  
9UTL2d9IxrErdq256oqUL+oaaYae3cTNHE+TVYikK8ZiuU7n2nFvCUSW0AkkFXfB1anqCGILmKa74m6rsJ  
Qo/lAC9z3gRIKfjMOseKYj1981mFIL1UIPYb2J6tDbmIhFv5J2FuDcFtXTRbF80KxPk5v5Qj3fJlbrfr6nnFyXK  
A2OTsChJaLaUILW6VpUQqkBIkNHRU1MhE4tt5abC7YUAO/MTqYguJn6AmaW7SikShVyQsp9GgA+O  
+MBprPyWwscUokpSrm4sJUtpckJBSSAOOM+epKIO6bJSNRfj8CMdzMyt94BJulRA5+yMIuafJXHdW5MS  
UyAhlto91qJvISxn3J/F276tVSdcMuQpwJ3l0gJvz07dYk1DlmUPthLBUEnMpSvXpbt+ePOL/RV0+E10FdE9  
RS2PIJ3pntyjFSSE8oKlprlQsnHkMSS8SfM8vjK60Ux886rFGJ2V+R48FnrzCXS3bqtlF+u/O2kfQvAKW/tYw  
46k5Vqllg6ec+paj3gi+Os9/dG6A3192skJKR+xo2wIcjk4N07kHv9Oc62L2CG+CZnS3/ALQmP+nLxrp4QH/fi  
WHVT5f/AKj8UHazZGDoaQhpCGkIaQhpCLA/RUpcV6RLpJSh0NKXquhKXFCwnla1zJyUEgK7EjzHnqE7  
R/+4+JP/Dn/AO9ET/Zl/wB9qFpb5ZP0x+gNFQGMGEJvYSiOwwlwHCEeA2GwVn8M9ipJyFHy7/HW140UF  
c0njG6TYzJUki+YD16H0RXvcG0cD+/lA3Z8Spi8zTa1TVzXqk96mlHhjqjPqHENDhS26tCE8VBIUR7JyM6y  
ZK1hQw/4ggtK5U3ATkT5RHXA59MQOZpIFdNtLkPoGW4WoaXuNAbfT2dUo6ndsG6KtT7UpMiPnNnN  
MvVR1HEmFxbSXU5823ieWRkZxgJUVakHadLTU4/dLSySkAkADqFu6/xpJITbUy61LtgLeTopSulc9ubTs4  
R/dYtKdTEI5kqLQ1JKIONpBeZIAJStvGANB89dZeebmCEq+RwdAniSft8e2Oz0opsjSwHH4/pGJrjhwVJJW  
CfJSO6eIyUqT7xkD8mq2wuCL3TqNTxileQgJucD1/F4xS57Qol2Ueo0O4adFqtKqUV+LPgzGW348ml+kIeQ  
6y6MLACgRj2kqAUkkggar5Sffk30Py7pRMIIICQNQOPK39YpJuW15tl1maaC2HQQSeAVy+PTHW66zbatHo  
z3Votvi+qHJoi8+sT6FartWZdvK0kJKnEIrVOSTxxu31qPGNNdKvr4hpfSEeKdhsMv6TxLlKTKXJaeZFrqSA  
04UmwyqAGth0u0RrtiunOYUngppXjEk6bkI6TjYVrQDf0dnCMn2x3YpNaiRZEWOuNuo5pUpDakqCc4CnB7  
ZIBGcef5dVU7TfTghabFQNuPP+v8o9qRWZaaSVMu3AsSCOPZw0OnIRJZ4xLkpXrLkKqQpA8IpSBwdBK  
g4nHvCkg+/3Z1YAfFnsigL9tj1dfxixQL/vCM6Rokg+on4tEZN4un61t/rZm0Cw0x7jjBz5LqDDINQhyiklMtC  
EJzJrKPtqO6TgEgkAi6NzypMpXMEMweuFX4CwsLdV78uMWWp0puqpWUKAnWPII0JvqdBYaWEdf3dP  
p03X2quiXQa5ZVYsIglIim1mn0KrTKRvUOLUGDDnxYi0GSeIKmVHknBSdeyt0rWXeQ4yrUEqsesj0HSIy  
ZOaaSUVsLK03BsNOWoPP0a35RqZl2s25IMeXGnQ/aBfhT478PuDhYSzMQhbasjv8h1UMzT8sEAJO7BSS  
LnKoAg6EngRFunZOXnDdXpLTqUIIUPK4WubaHtvz6o2HR6hTKy7HIRiG5UQK8VpKvt5KgpJDqckFOTg  
KA7n3ak0quWmyHx8k6jUuTe/E+iILUpSdp7a2XvJZ+1lWslA3sCoffHHVVAkViSpSFJIWhCUq8sJTgAj



XjNZlZazexsL/RfVlqDNPZSOBufTfXtj2IglZKXQOPbC055Anv5DtjJ9/7rOuAwrhbjwMdXJywBR5V+y1v5/  
wAo/v5NWnHFPiNDGVAglODnC8eSvj+DXYS7yRZPknqjz8bC7lSsqubfbcGyF0SbB3Ls+5Y76ozcasRmZq  
kq4oVcmrEeV4gPY+w5yz55QO+vUygelX2im6HBrx4pNx2jUemPaSqK5WoSr6FBjQpKb2BOUnKeXUTH  
ZKtys0i5aXEckSglKZaHJYUtAdZXgtLyk4OR31jubaMs6vkkkgRsDLuCaQVJ4psPRbq+mKYvU2P4BD/kXb  
D9MaypnPnH8576sYFsnzP2WPfD1Nj+AQ/wCRdsP0xpnPnH8576sLJ8z9lj3w9TY/gEP+RdsP0xpnPnH8576s  
LJ8z9lj3w9TY/gEP+RdsP0xpnPnH8576sLJ8z9lj3w9TY/gEP+RdsP0xpnPnH8576sLJ8z9lj3w9TY/gEP8AkXb  
D9MaZz5x/Oe+rCyfM/ZY98PU2P4BD/kXbD9MaZz5x/Oe+rCyfM/ZY98Qf6hm0t7gpShptlAtqhkJQxSlqE5fq  
eSG6l85GQSPMoWVHOV4VIOofUQFTs+VDMQ4xxKj/APDT51j64lMrpIyGliePEb+FVYSSPjjtmN3b92ku  
MVaz1yZ0WQ8yKzbiw+5TaswhSThaGsiNUEIH2p9IygnJyBjQIJulDZUvcgNTfkO08o9GpvxXUvBtKdb3Fg  
BztEX69PfvDQdx6dHZD7lMmpbb+UrfqyAxU6a6ohCgpyJE2Jkni819rIIHmDqiqFIX0XUS7kuDzPC/vP0R  
LKJiOUqCVNpm0OFA1CeJ4a+/vHOJWVmhRLipj8XLyUswWxlYUklweaO2T2/Dj3Y1ZGXyw6W3DmFx7  
Pj+USV1lLzRyKzFQ+fW3xpENqpsrTaHeirojUhmh6prZTUwxDZclKwHkGkSHE8ftgUkthROSeOSffqUNVI  
uy6md5mDfDqHxziFOYfbYqCZxTKczhvfUm4AESfp9rUsrUN2lfJK32ZU2BOpi6fwivRJKC1JjuoeQAptY  
UQR3T7x21Hnn3pd3ebwqcB01ueu0S1MuzNsLYLYDTiSlQtoQRY8gfVrFSO8XQXvFaNzVxzbypp9w2J466  
pCdpphSK5FhLJfVSEZFLckhx5bDxUIK28qUjASK6mVPr1Kfbl0uzCZN5BAVmbUCrl2XJ4HJOGq/gmvMTU  
zMSsusZIJQkE9EH7sAFrj4MPp/iUN2RT6oHaXmHqWzLg1JhyBMivJJDrEiK6yhaVJ4nHIOBk9zqVoW0d  
47v0LSqxBLQC2uqtOP0RjB+TnQ6lhyUW08kkHMc66EdXbeMBrdZaVHfEJ8qKuOSgghIKsK9UnA+adUM  
1OpU2QwvvpDmPj4+e8UymOBxsZLQFR8RwjAlFyTLAUvUliAuEZ7qU6MJT9BycZ+nVhcu4ohSs2UAgknb6  
GJewEqUKCBd8g2mnP0W6o/Q89EJPdqXQbOjQnnUulgbNU+IpxJyPV4lfr7vhJ+GAvB1p1tKaQxiOvrKR  
mXMi/eUDXvjdZy7vMM0XN5IZOW/EDeqNo63n90ZvNvdftuFtXII6b9tGio9sqTdg45Pn9BGs+bBU5cEP8  
A5U/MH92xGvu30k43Zub2kJf/AO96KEtZqjCMNIQ0hDSENIQ0hFgnoqHWWPJS9JDshxDTKN1Wi444oIQ  
gG17lScpR7Y5qSPw9tQjaQIS8DYkQhJWtUubAC5PTRwA1jGzAhOOKDm0+WHzGP0D0oyEAFKUpsGq  
HzcJWkEqJHu4ZP4BnWIKL5lA6nhbt6u+N1rg2KTfu6rf0iPNzILs6oOwPCShx9xwOuKSMJLiStPi/dfax+Xy1  
M5JeVilBfHbUdo+m8R2bQVOOKJza6RwWz1jkXrdt1uLAbS+hiG0DgKkS20OyXTjHNsAYz3AJx569cQ1N  
BpsnIppssug5ra2OY8eru590eFFklCbmpTYIU0RiSb9LQcAdD8emUGE9wocknIUnPZYwRg/Ed9QwFSSIST002  
sf58olSrEEkansvGGVyz40zlKpyUR5aSlA2Mq8F8hQPZSAfCP08SM+46uDFtcZ0f6SOvt5X7LX7IoVve9UV  
EWB9HfyfNaOt76UL0qu4fTbdFb6fdldvrls/cFqORVN4b9t5yJbGxJTWFSNrKNU21N3Gr7alKavJUqM2s4aY  
WsAjMeF8ISVRZZrU7MJmWjayGIAIJOoCgOB04HiIwzjHG83S3XKVTZZUs6AUkupIChcajMOFr9IXMdU  
i6rruG+rhql23pXavdV0V6UudW6/XqhIqtWqc10IS35k+Y4VvKBjCR2Q2AetpQkADLss01LsoaaAQhPACws  
OPK3Xr23jCj8w6+6tx11ThWbkknXTq9ndGxNr97Lr20qLDkOW/JpoU348Fbvs+GFgnw1K8l8U9sfHGq9E6c  
qkuoK21jKrmQOFweVhzvFtMkUPeNyLm6e1um5so9ovYa8wO/ri8vps6maHfdKiBMpoKU02y6hTiElp0oyOp  
s5BOFIJBAgcfDVtqNMU4EvyziS0eib2vY8TrcxNaFiFp0tys+giaQckJ4E9ZtxIGmvdFwGzmx80mjbvwlvtV  
MuTbWpICG25aX2vCD9YccBSmM6Fq8JIGEghROMHWM6zVmQ49RvRu2g+U9r0beb9MZZpdHeZKKm  
AIRSOgiwJObstry5H2xK+25tzz4pfqW1UilTVrIciyZIFnxW5CSpPiMONKI74KkrSkKwoZoZMqlWCWmsQ  
OuJSBZRuk68rX4A8DzESKW37m8W7SEulV9VJCFz3s1jgrs2Asvcprijf+3FiVtC18vV61a1CqhaAByj1l+CX  
A5jtnlgkZhbXZivPsiQmUnFqV1qWVa9YBJ9At9EH6FLTWhjko3bklLaAR+SSBfsJv1xGbdL0afSruHBTHq  
Gzdo0KXHaU3Bq9kwhaNZiFQ9pXrNJWkstxOCHEFKsYIqx90/HdZk3m1eMCbCb9BacoIItrkrY114RYKt  
s/oE8yplyQ3bKxY5FXIP3psL6A2PdFUu+PoU6owibVdmNwjLlMhSoNCveKil58JGUxRXKd7lV5hKnWu2Q  
SfPWRpDarJTORqoyIad0spKri/PMeq4WJNnoxTUNj81JtuGlvbfsPJUGnE2y34BBPE9Y7NbxinfzYPdPYev  
PWxulZVTiStS0QpbvCTsQjwykyKbU2+TcxkkKpsqChj2kp7ZyPSJ6TqDeaWfQ8CTcJUFW052JOnbGHcR0  
mq0d1KJ5lTSxqFZCICHfSxACSrbhy6zGFRYSFFs8gwEpdUCAkpVwbSFrUnGCKk9s+/6NXoNoPS5X9Hu+  
ilct9QU4lJUFEDidONhe/x7ISWoS2yooEd1Ce0mKfMhYHN1B+6SojHHHtY10UE7tR8hPM8AOr229xj0l33k  
KSjVSh5xPLWwJ7vi0WG7WdRdXTa8BpTTkqoQIzNNnerrC+SoqEobkrPuU4gAke451YJmlsrXnVlsrhewHb  
aMqUXFixJIS4CFo0tc5rdZ527TGtPHj/v0L/Ttpv7Jq7ZVdvqmPfflZJ88etj3Q8eP+/Qv9O2m/smmVXb6pj3wzJ  
88etj3Q8eP+/Qv9O2m/smmVXb6pj3wzJ88etj3Q8eP+/Qv9O2m/smmVXb6pj3wzJ88etj3Q8eP+/Qv9O2m/sm  
mVXb6pj3wzJ88etj3Q8eP+/Qv9O2m/smmVXb6pj3wzJ88etj3Q8eP+/Qv9O2m/smmVXb6pj3wzJ88etj3RObZr  
pC2s3T29tncy4NvqJcVfqYq1NcrVRI0yW0tiiV6rwo7LUaiuJgNhtCe5Q2VHjzlLhOoBWKimUrE6i4Cwlq4OY  
HVtJ+/wBfX6Iyph6iM1DD8i84kkFb1yCnk6ofeWHVw9MbqV0b2BBYdRTaNSKWfIKENQoEdIbSuhOOD  
LaQ5+D8uqROI31WATcd8XBzB9NKV/3c6314+mNB3/0pbzYeTWLRediVKnr8WFMitKiSWHSTySkN5Cm  
eCIBSVZSoYBHwvKpXUTCQy+oZT32vy+eI7OYPTLHxmQO5mEnRduA1vw7h8cMv2c3urlu19iytxYi4sl7w  
o8SeAWqVUVA8UJKIDMCUoJGW88Co5SR5a8KnSEPteMynEA37SeHsivo1amJV9MpUGznSbbw8HO0dg  
4a24xN1mPGvG9bVZtmiuxIPL8uvVKS0li42v2GYkQvJw/LU6pzIA8h31Dg69KSc4uYeB3twls8dNO4XIiap  
SqcmmWpdstqb1K+Wuo1vG9X7HgRQsPhxAlXNXCSx4hZKvYbDXhLQtt1s5GclIK+wwNWJM8pQACuiA  
L9kX3xRIPkXI9p/rHDVKnrRosJqQtinNFkKU2p1LiCcKCeR8V5JWkKI+688YBOqpt8OEGDPc6d/XraPF5vdl  
Uc2Q8D3G9xpfb+cRL3N2J6dd94jFv7kUml056p6nfsSrgZe9dmS22QmTAo9ZeQkTJiCjxPUHy6HUq5BtQ  
SSL8zUatS1ImWFGYZRyKSPvb8ByJuOoGlrP0ogVdJlp1a5KYeBLbgNkk87qOgIJFge8RS9lR9CV97FU6p

Xlbrt9bfQ3nGp06BT/U69bTaVZadrdPjqLTtMCSPElsHggrHitNggalspXpefQpCE7mYcAued9Pj5oxpWMHT  
1FWHG5pU5KHUqOpy9vEkn72wtb1xDbatbC/N9L/tLaDbilyazd1816NTKdFjN11TTkpbuUuqVB1v/ABNNh  
x1155w4Q222O+VJCu07UWqfTnZyafSwxLhSyrPBAuToCTwvoDFDT6XM1GpMS8vLqmHlqQhKQOOYg  
JAvoM2upIF7x+IJ0y7PUfp+26trba3orTFubW7fWpt7SAyFBEupU6DHXV5aVEDxIOVly3IKx5zRjJzjSjEtUcr  
k67NuD5ebeW+odViQnrHkgHnxHA6RvXhymoodPZIGzduWaQyhXnAjMr9skcOIOsdQX+6Io7rHXfahfVye  
kdNe2MIZ94U7c+45IOPljGPxa2e2FKKsGzRjvaoTAHdupeNWdvCcmM5TrNPlye8uPxRBrM8YUhpCGkIaQ  
hpCGkInH6NXw/2d/TD4yHFNDcpvxENcufEW5cJkhwBOU/O7fuNRXGylJwvW8pSFBg+UbJ8pPE6/NE12e  
gHF1HBJHyoiHEaHhHfPsi+fk9MGiVyUiRT5LaU0SurUVJWhRSn1eSoD2VD2hk5PbAHfWn9UpIVmmpM  
ELT0loOmmtynrF43KkagCUyrvRQqwCjoSeo9XEMm+qNi0SpOqcU28yVELUlhZAFcva8Qj7kEHT5dijnVnR  
U5ltISAFFPbqOWsXJUgy6SVEpI04aHnca6iOWplIgUdpTMBnghRBuvfOWoe9Z9/v/FrwemXJlxDjgsBxHuj  
u3Lol0ulQbk8CY5BSUJyT2+aryUDxWCpKuGMhJ8vLz7DS4KikG5HUdOuPQcrnL38vTEbeorqd256dKEp+  
4HzXLwmx1vW/Y1KfbNYnr7eFLqCl5+RaPz+dJcAKglSGQVglMpw3hOqYmeCZM7mQFw8+R0Qm4ugEj  
Vw8QOw6xHMq4jkMPM5plO+nhZTTQOpVY2WbHRA4E8rjSOm16XHeu+d/KttvfV8zGHX4c25KPR6RC  
QlukW5R3Gosxql01KsuOR/FbSt1xxSnHloC1nOnbJUTDtpW3SzTqdmUgrQVrV5S1hJFyNbadsayYsrM7Xqk  
1OzwQ26pteVKRokZ06AjiSofLhzimTw1dsAEEgApzhWRyCwmnAIOfx6u4STYAXIA+aIwRopSjblxudfmj  
Zdrbdy6807JdDnhJTikegJUvtkYz9zjzPu8/o1eZCkF1CIPLtmGnp7PXECn64tp3dyiAtST83V7/Gkc7btVuDZy5  
49Vo7zzbba0Kkx0KPKgSmkkgrQSXOXOCHHv7jGuVjy5m5Ehx03BF+vS/eI9JepImwlvw3E4ixStXuOrty647  
HXSB6RkrXZbNDORiRKnKhRY1JNPjv+BVKaxHbJL0iKogOMcWyErbHmMKHcagVewbIzji5xtagtdyrSw  
HCww64y/hnHc0tuXp8yQ19oWuTofTF1ez+8cO6a13JlW11twlBswVHikcgUq5e17JofLGNyjrL8RdCcwW2q  
wBvrfmDp1xmakiHm02M4KXBe4t9N43am4mHElSi2k5yeGCRkZII92o74kUqGtsp+YxePGWiL5iCeyPkk1e  
KsElaPeQoYKTgeR+B8u3069ksruNI4U+0RYE3PZ/OMUqzJpXX0uISWHkoCu3EKdBwFZ7BPbVa0F7xtK  
Qc6uHo6zFCtAKXCo9EftGMUjZO0dyTMcvuhW/dFGaKks0utUqDVI6XiklUULyOsIVhXYI4IXvPbXvN4h  
qNlyIp02t18mykjRPVe99fVY64p5WhSVRChPy7cywLkJukL19PLsiNG8foi+kjclmpzqXZEr6uzitargs+ryoIb  
k8AA78hucoi0KUo8kBKUnPkBq9UXaxiWn2Q7MCYbbsMqk3uBoRfu0v23iL1zY9g6s53PEfsc44SSpo/fH74  
JsALE3t6lq+319BjccF147X70xKitJWfUrvtz1JauIPDhMpTykABJI+bg493nrJUptgknU556m+LA8chzphVzEY  
sqWwFbJyU6s+NpHDejdk8P+Lj9NoidM9Fn107b1WS5bVIUm7I8xHq6pltXFTFMvJSOJfdYmPtrZOUkDof  
n99SNGPsJzbaVu1FLJOuVzoWPZqfV1RDl7LmaUxahLyaZpo6BSHMxtxFxlFhxtxiP8A8os/fmP9bLL/AFX1  
N8n+n+ww68R3ep88fno/hw+UWfvzH+tll/qvpk/0/wBhf14b1Pnj89H8OHyz9+Y/wBbLL/VfTJ/p/sL+vDep88f  
no/hw+UWfvzH+tll/qvpk/0/2F/XhvU+ePz0fw4fKLP35j/Wyy/1X0yf6f7C/rw3qfPH56P4cPIF78x/rZZf6r6ZP8  
AT/YX9eG9T54/PR/Dh8os/fmP9bLL/VfTJ/p/sL+vDOPwo/Pb/hxcx0p3jT6b04WYw/UUvqE27TxRNp05AQbt  
rRSUzIMJhlauSskJbBA9IRUoZOJcSSLj2IKg4IKgkz5EwS0BwJJGvWYzfhCbZbwvT0LWCVLf++SeLp5g  
AeyM/q28FLj8guZEQpvKQEOTktWv3JdUlp5e4Pn5appejvK0LKzccwVwHhF1cq7KLp3yADccvbGuJ+8lqS  
UPII1KEE4TzU9IQnKgFc+OVZPYfd3eY1ckUp5u2RtaVX6otzlaliMjj6CPR6ojbuLde0VcbWahXKJHd5qKH  
PXWGIBy9ke0pwKck9IJKe4UMjvq9SaZ9pSk2uzzBv6x3c4js/MUmYFw6N+PJIIsBx11vx4coy/afqdl7ZVml  
7Uu1lryaRcUv1O1qy5TZCPesMtAtf7kgiXGS2EgSEke4qOcnVNVcPt1Fh1aNHEalGYC9xpYE/PFVS8Urp70  
vLTALsq7olaEkka65iR83ziLgAvf1t3UHEmBwY0kh7wJXgSg56s9g+KzJaBJjuFecBzjnGoA5TZqTzB6XU31  
vYfNGQWalKzRBYmEuX6uXfe0Yvdd0U5MiPTKiy47TXJAYkOoiiazAGVESZ6vnR4yePLmErSk8Srt3FVK  
S3By4TYXsb3Omo7++KeZfUFKQWy4hWmYEFV/vjrwHPnG19zpFq2/ar1B3Dk0e5rUrTzLlKrepha4S/WEu  
01mS5FUpppYcUhMecwWih0StYKgnXeSTMPtCZhoj9EhY6JB52FzcW0/nFkqaqc1KKRUHA/Ir1BSbJC  
x5JJNIXHK2nXeKpLl66qltHuRV9sr3fm7kbSIkRi8plynTrxtNEhrE2nGof4m5XEXeSX40ISshwJSrxEq5SSZkZ  
RttqYkwW6i/wCUMxKU20HDkRY6X9cQSUXBotz0zKuuJn6e2E7oKKQopKQQmY7JsknKLm2nHIF5vokO  
mDp7b3HvDerZm25aZd6RqbdHO4/VpMza63arHbk0q0GZ3HUUR+TUUypzkfxBIVYybcSlhlCdYX2r1mdk  
KYzJzruRbpy7tJsVg6cDwuD6LxmrZbSaU/POztOZ3iSLq3gByK1KrEXBKsBa35aGOxiuK3OnRKLDB9Thg  
F1fEYceQqP155Se5WVeZ9wxrXZJDDTrzqsy3PJF+CTxuO70RnxKEuK3KR0UkE34aR0kf7pKjNxpSA2g01  
ja6XtqlHHlyN07IZ/MBrbrwfHC7gWZUedRmvUG2LeyNQfCBSE44IQOH2PI/8AqPx1/NZxjBsNIQ0hDSENI  
Q0hFgXorEvK9Ih0IJY4qeVuo2ICFhJQ5m17kCkKBGCFICK//FqFbRbfaTiK5sNx/wD3RE92aC+NaGDqnfC4  
9BjvP1yyEs06Zw6MIROqg6/UqI2Q7IhVr0FbztL/AHK0qGskBPztaoylULq2pdxQU6s5Qo6Zx5h5Ac73vcdt4  
2/fkkJZW+bnllmw1Rp5Q6zytpxMYVtvoDIZolzRpTFBkSzSqPcr2ShM0lPgQ6q4kEtLLZOFHPHABGO+q2  
r4ZzN+NyBu+E3W0BpF3Cr9w4RS02vKK0sPpu0T0XCbG3UU8PbEqkKC0hSSFPKOSVpUFpWoiIKVpO  
CMeZyAArJONQjdcw2QS6eCUjNrzHf6IlakhXyivANc1KIForV6qOv639tjVLD2cdp9z36yp6FVroUtMu2r  
QIHAWiOps8Lgrac9kJJYjilLqld2dZYwjs5eqLbdRrLJZklkfjynE80lWhRfzgDbhGNMw4+lpEuSIFKZmesQ  
FE2S2rhmsAQu3mkgdsUSX5f0mpTK/fN/XI/MlvKeqFw3JcdQDzrqwCXnJElZwhGeyGU4QIOGmW0jA1n6  
RIGZKWalZVpMrKtAAIQAASBYFR++NuZjB09PuLecmZ59Tzz11EqUVKBP3qb+SnsEU09Uu/VP3iqVJo9  
uwVC3rblzPESsSURbm1aZLbRHckojL/8AusENtgNtnCIA8IAHGvdd8gbHSCiDfqtCw074is1OiadC8u7DIKRrf  
MCQq50FuGluHsiPnt0gTJbCXUoCEqQSFFI81BISUju02rnTpdKnAXALWHqtaIzWKgWmVhq+dXL3H49s  
SktT7cBqNB4PsFpJSG0J8NwEOeSVKT7Y44IB7Y7ZxqTEAJskZQNIhbL6t+q5Icl0uOZHt484+yo0dmpRFX

SghbTpPHx0NoCkhKsKQ6IHdzkfm+8jQ5SkpUgKv1xUrbUPlsxDw0uOo8efujVEY3btncUG6bSlzKXUqbIT  
KhSIynEBZZJcCHkkDxWlJUoKQoEKJHftqzccgrIstKuhflJt830+uLrJVlOtF1RbWkjKrW9zx+jn1x2duh7qisq  
5rSjRavWGRUqzDjadNupplp6WWUN1KluALxEqzUsOEtKI5NkKTnONYNxbQJh4oelWAUAqgDl1m9ucb  
G4OxDLvMluZfyuoGir6qPVbs6+d4sRb3GhZ5syQpnnvgggjiffkjPdP0e/UCNMczG7VrHX+UT1M+kpBD1gY9  
5vlp9tSmH+aSn5nsgsfljv7tBTCCOgcvaP5x28eF7B6/qjhp9+repFaiJXwfabanoCICeqajuBL4SQO6ghxJHvON  
VLVMCXWXANQTy/n7+ceS54qQ6lS75ba9XH1Rv7YG8Y1TtOe9lElf+VIQkdyvJajoWDz96VJcH5DqJYmp  
zjNSYQkXQ6gKv5pFzbt79OuJFh+dQuWOY3OZSfVaJByqiHVxoiVqUICA442EjuSAEpPfyx/8A81FW2IAL  
WrTUxIVulu22jp6cfoj5QqEJrEZ5tHKRkqzxIISruggp8jr2SXwklDmUjmrceonXq9OkeZKS6ApsKHVfjx/rGf  
RaPTEN8mYkdlKsHkhoEqCgCAerIx2J7Aefv1ZHphTh+VCVkeJTo8O6/qivaQbdBeROmlr+2OhL8qK+/f8A  
rtO/U7X0Gy/6X7tP8SPn3vB537w/w4fKivv3/rtO/U7TL/pfu0/xlbwed+8P8OHyor79/wCu079TtMv+1+7T/Ehv  
B537w/w4fKivv3/rtO/U7TL/AKX7tP8AEhvB537w/wAOHyor79/67Tv1O0y/6X7tP8SG8HnfvD/Dh8qK+/f+u  
079TtMv+1+7T/EhvB537w/w4fKivv3/AK7Tv1O0y/6X7tP8SG8HnfvD/DixLYTpBg737a2hfVY3j3dotJqibkpU  
i27Qu1kUSKun3BV6empRZTtFZeU/zS248FJCQSpKQcZ1jTEOIzS6tPSyJrt1aENG60qHlNg6hKj8/UTGWM  
M4a+ytFkZtU+8w2tbwAbUkgFDik8VI52190ZnVPRY2a868zI3d3rKkLUCI+7jJAcQs8VqV4acpW2ULRny5  
HOraxjhwC/iqFW5AKzHrAur1RdndnbbiFE1R9A11u3YdpGXl83DIGkaz6KCC9Jks0/eS85IaWVsJqjz0hZjug4  
HjHcFwHznH4NXRrF7SkhbsgtKD1Efziwv7O17xSW60VJt98E/QkdfKNM3J6Jm6GkOO068zPWQscn0H  
mc9wc8shXYfj1XoxTTV6LacYv2g34a6DIFpc2fVZkqcYqTTmU3AUK29lidO+Nv2xQeovZG1oFAquUcVN  
usuujS60UMNX2m2g2wn1tNNkPxmwcJc8JaA4AqkBRz3Uul1Sydp4suHipSspP8AxWsnBoLRVystiOkNtoe  
kkzzLROUtpunVVzbMSrmb3PHstFZl2UPf+mX9c1/w6nd1sVOuVR+pyJNqVOuU5IS3iHBHjMxAUOw2VrK  
EB4rWUNj13J1eEyUvNEocW10NJ4laTWAHV8DjEFmqhW6fvHkST7JUtrSEm2qiew6Dhxjc21HXD1IbYzmK  
VfSl7m2+7/gjLip6YFqXmiFID0WvtNtqkOciOSJKHPEBxkAHNE/hlqZVZpVjx6BSNOdyRbq0tF2pmpZyT  
QFTbJ3drELSsqVfkACDy0v1Rhe9t97y9Rlidd7dW9etsWbcrkd2r29NmPQbeqlZUtIdZi81tRmx7KllkpecPmt  
pKUjXsKauWaS2nKyhoEqUtSR6zc/GOjtZVvX1pbQ6uWmFDK0EKIQdQCBbrI4mLdehv0H9LutVlu/fJi4r  
IK/k99dLjlfotvrflK0hvgtpL1SaTyKVqUoBakkgAHGsV4r2lSdEbfLafMB2bRoc11AG3FJTbTqfvfjL2EtLDIXL  
b9UaUuUUMwQnogjkFG2bTgbEa30jtmBwBsbfdOthvba616Rb0ZKfEeh0SDHhuTjpgSkypwjNpU86G8I8R  
wqUEDAPfWrdWrfRxRVXKtUny602DZKr5RY6ZQT6tFXGzNKotMwzTmqfTZRLDigB0OogDXn38+PbG6  
6HAbpTY5qDk2QQ9IV2yjo/FJx5eefPy1YZ5wukWOVPCw5xeZdoNoN/LUY6N390o4/bB7UAOQOmLa4  
D6B9lm5hA/PrCpweBbAc0L3/9pTP/AepeNOFCD/78Sn+/ul+rrMR199Z2jBcNIQ0hDSENIQ0hFg/opG/E9r0k  
N8y3y3VQkLBiKD9itz4UCPgQD+LUJ2kKyYHxIrha//ALojIGzBoFG9CHW8PmMfoB02E3CbdTzQtMhpt  
BZIUgIOkfbnSIPYlCweXuPkRrSp19Tm7ynyDfSwI0toRrG7LbZSCFDMLWNiP5xHncTZnbaGuo3zc90Cz  
7Lpxcq1wNOotwqYwpgc3liY64BFU4EBGGkqexNg0M6l1IxFUiffPkZRZU5OPp3aVWBvYOHuLEK11ubnl  
wiM1GjyLCXKjOTqZBholRTyUoajKfveqwsOqKseqf1re5DEvzbZt2bae3AbNpn1xKnYtw3bDQILSW4a28O  
UWhKQkqg5JkSEAFa8K4jK+ENnTdOH2UrJTNVE3UhJ0yEkmxQCEq9IMYvxVjtdTa+xl1JCpeQRopY1K9  
BqFm6uvyYqa3J3KtXa+33riuqptQI7aXG4cJpQXPqT6xlmWmR0HlJkKWAfEjijOVKHnrKoyptpZOMg0Ho  
AsPUixpMzDcuJk79wAkC91K52Kzr3+mKbt7eoK6946g42+p2i2nFfKqVb0d08FDkvjLqbycfKE8pPflDQVh  
I766qd3hCD02NbfHzRHnlrdXnUbfk8bfTx5nj8+imFr5YKiRkHCsKwT2OPhrunoG6ePr+eKN7pJ15A9kbOtS5  
XqSU/a4joDiCUyo7brYworGA4gj39/wavcnNpShsOC+pufX6uURmoMuZytoDXrAPDs743RBvmjLluVCVR  
AqS5nCcQfJVE+2+GelaA54jaVZxhPDj9GrsFFViHgc1tLDW8WUu5VkuY3TGmYXFu23DTiY+03XHIT5FU8  
NbsdMcMQqZMZAu1CdX4XCSosLbMh1PLsQAPaJIPbXqEujn7P5R4Lmm0OgK5A+7544yXKNbEVFSnxEM  
M+G8JqmXJSHXZJcKUNxS42pLSUN4Pft27HsdebiXSpCFpK0kG9jba2otBTrawVKUEKUMt7c+N7aceUZ  
Ts1fMbaOt1lysGqQ6HU0JlxFsAt01JqtPk/4HVJLLKzLsZPBS04WEnB76tbsvIbXvOg0skFJ1Pr49KJTSqkq  
VdRnutVhkUCRqfyEYB74tYsHr4tKoR4FLqVShonKQhKJsSW1Jp1SCEIQleXHEuwn1EAqQseyVFOTjUXm  
cNt6qlXg+V62GuW+tvRGS5THLICWppksKQEpuokAkC1z2HjpwHCFJQep2hSGQ9Hq0NsKQFgCe0EknuR  
ycI751bl4bfyfnK509Wo9N+MX1vE8qflBNM5Ry3nXp1x8k7qutqG0qTNqsEBPNp5PyhE5eE4kp7NhZ204By  
MfD4a5Rht1RTIz3eU9p4x0exdIMpJXNITn81V+HG/V9Mb06R+qmqz/VarYLN3071isyGKlB6lvNI4T4hcL8  
MkufbPEZAA8yOOR9MexbhaZDDU2hkqXLg3Ovk9VuHptfui/YUxjTPl9UkibBUskp0HE/HCLbbOueRMr7L  
Ex1lZkwmHUeArkk8T4alKBPsZH3P06w5UJAJIHVoRksrQX4C/bGV5KZV4whK17xQSATYAht9AjJqtVT  
GuaEw5IIS2Sg/E5Pu+ONUjMs4uSdU3wI+nrMVey+tuaTZVxK10ESFprzbsJhxJyVISTjv7hj/v1EppLKHVNga  
gk6nXWL8lQCEFAOo1+DHQW9fl/fCZ/L+5P6C19Bmg/Bj8xn68fP2584/nve6Hr8v74TP5f3J/QWmQfgx+Yz  
9eFz5x/Pe90PX5f3wmfy/uT+gtMg/Bj8xn68Lznj+e97oeyv/vhM/l/cn9BaZB+DH5jP14XPnH8973Q9fl/fCZ/L+  
5P6C0yD8GPzGfwrufOP573uh6/L++Ez+X9yf0FpkH4MfmM/Xhc+cfz3vdD1+X98Jn87vk/oLTIPwY/MZ+vC  
584/nve6Lb+lfqd2R282MtS1L23AjUu6KdMul2fT5dJ3Lq7zLc+5KlPp5VUxaLnjBcKQyoJ5kIDgR244GK8S4  
dqs7XJ2alKYuY13EMhK0uy7YJS2kKGQuAixFj18riMwYUxTQ6dh6Tkp6pol5ppTxKFMzLhAW4pSemGyD  
cG9r6cDaJTU9bnSy41GcO7cIvKjpRjBNobmlQdqjUw2or+wbCwuKU/gKBNUWRhHE6QpJobnP/APcyvss97o  
l6scYsAmvN2t/ZRq/wDpRiE3rV6UHJrLyN56Eji480+hdubgIUllxlwrCs2f2KZDBQCcZHM57A6rE4SxKWw  
hVBdI428Zl+P6WKVWNMIIVjXmbDrlpn+FePmc6zelB91tv+/XbTLA181uuW7f5baySPaS1ZpWtSeyU/113+





mlVealWytCpnyApI0uBfo3vvyiq3qu3fsKI7B7uWdRo9Bp866bOrkBUKjs06nx/X5r8V111uDTGGmirm0RkIyR  
gkq89ZkotInPGpB+ZmHXnGiHDntlsNLjU666d8Y9xFWKdKU+ckmm2pczKcqG2z0dTcEdunO3HhHXZPmf  
wn/brIsYWJubx5AKiEgEqJAAAJKsnAAAHfuNcEgAkmyRqSdAAOJJ5AczHZKVLUAkXKjYdTMfPKFFK  
gUrSSIQIIUlaVkKSofcqBGCPdjRJCKpUkhSVAEEG4IluCCNCCNQROrRqI7KsptSkOJKVIJBBFiCNCCDz+  
OuP51zHIHkpKQCQCkYUn3KAJGUn3jII/FpzI5p4jml4uOIuNRflrHZSSLZhaP78JZStaW1qbbUIK1hJUhbC  
5cAtSRgFWFYz58TjyOupWhK0tYzuAlKSQFKCbZikXuQm4zEA2uL2uI9EocKFOBBKUWuqxIF72ueAvY  
2vxsY8lCuCXFIWG3FKCFIBCFqb4+KICz2UpPNvIBYQOzjlyC0Fa0BwFxsJKkgjMkKvIJF7gKyqykGBWVV  
r2NuChxKEuFBDargKsbEi1wDwNri/VcdcerXaPKGkIaQhpCGkIaQhpCGkIaQhpCGkIsVyx+6hf520X9XXX  
1/+Yit6PUPWx7oZY/dQv87aL+rp6/8AzEOj1D1se6GWP3UL/O2i/q6ev/zEOj1D1se6GWP3UL/O2i/q6ev/AM  
xDo9Q9bHuhlj91C/zto6vunr/8xDo9Q9bHuhlj91C/zto6vunr/wDMQ6PUPWx7oZY/dQv87aL+rp6//MQ6PUP  
Wx7oZY/dQv87aL+rp6/8AzEOj1D1se6PIMfIyY7jzO0Xx/5Onr/8xA5eVh6WPdGsJWPWJOMf/eHscfB448V  
Xl6t9qxx8vC+1/uPZxq5Dgnu7fp19evXFGeJ7z1dfZp6tOrSPRpHENIQ0hDSEav3U/wB6aX/zkv8A+Ud14P8A  
BPFHZIPBfd9Ijr+qaOsNIQ0hG07artOh2LWKApDCqtXK6Cw7g+tR6fDpsZcrwiB2S66pKO/Y8VDXQu4hsq  
ACrnWos4SiS3iGs6kKF1ebfh2+qMUn0pkqKmmgSok58h3HzRjyGO2vOZl0qUQIIBSePXFrlZ9ZnNf5gPR8  
eqOBDjPNHkppaEpySIGOB/KfLtnVIWFC5vdl+OqLoh9pZKURBUeF49sJ1IDwUGFwRxfadDTJ50qyDy94z  
5j6ddWVJS8m7ZwesW07e7IB8OhpXTtbrBnz7bdfogaEET9yVFLWkLenT2W7sozKhaVswL/GTU4KcuuWnKmq  
JMhKkpV6kp05acUW88VhOuzjad486LoWggDhYg6nv1vFRLTKXGkMTI3kusaK5oWLAcBw7voMXReiw6  
9d1LduKk9O93NVK02VSqTWWWps9Lofs005t7MqH8ckByouFvwspSgE9gnWO8aYSptYk1VNtpTU/Laqs  
AERpcDc6W4j3R1bZ3i2rUmCGH5h8LkFpJSVKJUHJJVa55C+hvz56xZL1CdZEeFTpcODUkTWJ8CbTKhB  
WqOthHrTK2VD/ByexKznmtYwfm+Wozh/BpDjTq2QhaSFA2Oh4xNcTYxbS28yzM5kOJKSm/G/ptHU/wB4  
67VpF31qK7UXplJkyH5FMHiuFLcN91YXEw4PnsOJLSh8EpIyDnWbZR5xpDMsloBCAE3tYnu/nGu1Jo8  
ZdmFOqeWtecZiSem5tblax05dt40zqvziZHRltUm/t2JV6VeJRZVobJUJ/c+sx7lr9GtW3K7clMd8LbOyancV  
wzo0GltVm/IUzhwyH20qhw5gB5AA6T+HjteXs52OS2CaNoz8njTb1UG8JSDtKp09WKnT6XNoLmLK/KU  
ymS81PzS6HhsTr7SZWXcUmemJG4CSVDZXwYMAjFWO38UVBiWfw9sy1V1qYRPTevISc1OskJo1MfnZt  
1mVZFRqhl21791CVy6ZgXuBH09cO167P3bi39S4NEi2zvpb0fdOFFtWuUe6raoN2VBS2N1rOpVx25Nkwan  
HpN/N1kIMd5aG4dRiBRCgQKLwBdrCccbGJrZ5VZ+fm8VeD7UnMHZD1Yp89R6pUKNLJDMdQ3OUyqS8  
rPyrtZw2qSLiZlhtbk7KzhSFAPJqPClw15h7H0ti+SIZZqibUJNFcbRITUvPyUrUHSU12nMTkm69KvJkKqmZ  
Cdw4ptuWcl0k3vG5ugC2tsLtsHqWoO70mJfs2fM6d2F/KNQcollqFeXuLW1Wpb1xXJHiPP2radTuVFKg1W  
pMILsSFNddBb4+K3hH/tGsVbW8G7QvBxxDsUk3pzHFNZ2muDxWWTUJ2VpycL08VmqUulOusy9YrVJp  
RnKjR6XMOBqdn2GmlBd905krwRqJgnEGD9s9Mx+62zh2aewikl50yzDsyavMGSIZubQ065JSE5OBiWnpxp  
OeXlnHHQpGXeJhz1E1/dWv7uXgjeGkJtm9LYmotOTZcGmM0a37BpVA/wKi2da9GiZYplrQ4KmkwPCUte  
ll5MsvSHJKn3N2vBow7siw7sZwS5sSrasV4DxXLmssV6Ym1z1RxJNVH5eerlWnn7PzdYnZjeLqO9Shco+hc  
kGJZuVTLta37ZarjqsbQsQjaDThRsQ0RYkFU5plMvK0uWlfpkaQkZdu7TMhLthlIt2paHW1CY3ry3lPOS56Q  
drLPv3p83st26kss3JvftlnbL7L1SQphtunbq2fZ15bs0RDkh4gx4lQq0a3a16pJABupsL9IR1pp4aO13HGzvwj9gu  
J8HqXMYW8HrDtdx3juTbDi1zOD63W6HguoFDaLhbtNk3ajX2kqSSU0h1TYzpF9ifB1wDh/Fex7aXSa2Ut1  
XalVafhzDjyihYrshTqlXGElarFCJ2YbkaY4pJ0M+gGyVExte9+mSwrmtro/2OpNRcpVYtL25OnPfk6qS1A  
nvp3Pv8AtexyrgdglavDntUqe9WKGwXFBCzaTvH2ME4gwJ4VW0TCuJfDa8IGs0tFzomMdnFL2n7PaNor  
mJzS4S3WK/hOmImcoLsuury6ZPEEYgk7xCKyzmGe4E/wAU7D8LVnD/AIPuzORnTJT+GsVTEcTzrCW  
nVgt1STpNWmihV8ryZB1c1TGikslRp7hA1IoirN6EalLlWqxfdz0yLem+GyW3NrVyyKra1821cNj7sObjRJ  
V50a4KTUHY8ufBqlgyIpcglL4fbfSkoRnPmO/8AtCqTiyuL5jZ3hFdXmsB4Ax9iesU/EEWMP1amYhwajD  
D7NCnqbNy7UyxLVGTxG3OCbyqWqX8XclioOAOBJKD4Ks6p+ht4nrSjdjEmKMM0eRmqbMSNSkpyMv8  
1ltc/LTcs86ytyXepK2C1mBS6HUuJfk3w2kdK9vVOy6BdDl41dqRWdkOq7dhcNFOPqmmah08XDvqLR6O  
2543JcKpNU5Dkt0jxGFOILAUANZArPha4lpeN8SYUTgaTXLUPH+xzBqX1TM2la5bafS5WoTs8pIbyJmKS  
qYU3JMg7qaQgKmfIUTFppvg+UiewvSq+5iCYbdqGGscVxTYZaypdwrMzTEvLhRVctzYlwpdxdszeYhsKA  
EbluroKs6zr92As07h3dU3uoW9rLo1Aqtl6kuUi1beqFoWzV7rFzVJbxbXfyK3cKU0+ispBRSW2alOf5S2W  
DgnB//AGiOnsb7OPCS2hUzZnRKW14M1Ark/UpOeqk8idqTlq1VZGjfyqUS2HUyBckKaV1KvTCiF1lb9K  
pzGWTemInte8E/DuHsU7KsMzWKp6dc2sVKIS8q+xKNeLyEm/IST8+J19Sik1TxqcAlZBsWTIhucmHs0w0y  
eDpXQC6yvbihXZuFS6Ze18/siW65QqfPoTkDbeq7L7ZU6+6Pa163BLmCHT7hkP1WCK39u8CiR5HhuuGU  
zJDN9rH/aOS77e03EGC9mk3VsA4B/syVT6jNS9QRMYPIMdYsmsPT1XoFNYZM7M0yVbk5j7ZxuPGK/N  
MI1ptMk/Kl2zyPglqacwZSq5iyXIMTYp+3BM1KoeldzR38OUNiqsSVRmlr8XZmnFTDYqN3Q1T2iUOLDy  
Hd3w8jo4syx6X9mO524VTI2fbHTxae899DaZ2zL7nTq1e+69e2tt+2rEuGPV1UefQEYKwXkm1h59xqPycYC  
FrKcm/yfht44x/XE4G2T7M5SVxpizaZWMCYeOMk13DrDFPoGDqfi6o1XEVLXJCuS9TW1NuSkjQ5aXbe  
mSluYzobC81K94NuF8LsIr2NMWPzeG6JhGn4kqf2BVTqq89MVTEE5QpSUpky1Mrp7sslbCH5me3zyGem0  
EOLiyxy6jdp7Z2gvag0Kzrgr9y25c22O2+5FLqdz0aJb1cTF3Bt1q4WIU+kQpb6ITzLMlpCkh5zKgohakKjsz4  
Mu17Fe2nAWI8Q43w1TcJ4nwtizFWFpuUpE+9U6eXcm1RdMXMS09MMY7j7cwtTgUWGGBZORKgplwvt  
m2f0TZ3iSjU7D1VmqxSK5RqRWGHZYXblZnd1WSbnUIel23HUtONocSISQ65ZQNlqFIHQotiW9DSENIQ



0hDSEWM/KLP30ifWbb/8AV3Sx8w/mOfXitzD8J+2z9WHyiz99In1m2/8A1d0sfMP5jn14Zh+E/bZ+rD5RZ++kT6zbf/q7pY+YzfHPrwzD8J+2z9WHyiz99In1m2//AFd0sfMP5jn14Zh+E/bZ+rD5RZ++kT6zbf/8A6u6WPmH8xz68Mw/Cfts/Vh8os/fSJ9Ztv/1d0sfMP5jn14Zh+E/bZ+rD5RZ++kT6zbf/AKu6WPmH8xz68Mw/Cfts/VjyKg2fKpxT+C5bAP8A/rulj5h/Mc+vDMPwn7bP1Y/k1OMCIKqtCT3GQq6Nvk+RHxt3tpIUQbNk/wDI59eOCtI4ugf87P1I1XLEZ9akq8dlQVleIWJEZwLy6v2gtjihwHz5ISIBzIKQkGctTwSLG4A5H+vrijUpN1dIEXPMfONPVp1R6A60o4DzJ8sPNKJz8AF5Ou9IDikj0H3RxdPJQPcQY9hBHYgg/A6RzHjSENIRq/dT/eml/8AOS//AJR3Xg/wT3x2TwX3fSI0fqmjrDSENIRtTbfZu+t01yXbUp0dUKmSmWJ9ZqFRj0yBAecQHUNrfcUVuuBohZbQj2kk e17tW2eXkdbIvmCdAOHE+36IucjIvzebIU7o6HN5NyOruv18OEScq3S9JpducoV90u4rwY5uv0pQg5Ep0plK QAZbQJcJeznkJLiEocx7OPPXP1FZ6Lrfk8CL37OcdKhg9DLG+15pIdvqkKGUdg527zESprMiDLIQJ8fwZM V5yPLgysNSKONf4xhSD92D8M5A7arlLBGqRbs0Po7fjsiKeLqQopBKV8IDUA8L93HqtGPY8OV47UEON S2zj1YkLhSO/A48h9P7nVAstub5LOZL5FgDbjpw04+mLgw6+wW1zVnZfr1046nXT464+OmSHg6Y76noV RYGYcsLU34ywsEJQon2H0rGUqGCCkEdxrZnWliYKkzAuL/ekflc7+kRXTLKQkTUqsPyy+mpHEpI5i3Zy MSUsXe2uWjJkVKS2iLcb0ePHqNZYJak1xhgJQw5LW0oKVUENYStwnEhKQFDnlRqVsqLFP8dDrH32nbf 3R0ZqqkOF6WXmckSi6r5gOu4trxt1AAGJXRk3BuPSWa0ifInIkR0SSpLrio5V27clrHMjHkM4x79UxSxKG3 C/cPmtxi+IYmamy15KiVfHH5yL8Yj1u7tRnH0WsXBLhPRLocOTU2JCUFBjzmfDalRHPKcKaeSptztgBTR189 ezKmXCm18w1+O+KN+UmWf8Ug2/Px10iGeq2LFGUxL1umBZ9asGFWpkWzrjRNHuCuV+wz4CINyRfUS T49Dm1AhkOSTETUp3gNqcLSFyluBvxMLEUm8DYRn8a0HaNO0FiaxxheQn6ZTamveGZkZGqOMOVGXlu numkzqpWX8YcS3vnEMoaLu6BQZHKYqr8lh2pYVlam5L0CrzEvNzUsjKID78q11Est0hOdYZD7pQgq3YUs ry57KGU29vVunadAiWrb161emW9AiX3BgUppNPeiwYe51Hi0G/osT1mG4uMxVaVCiNSkoUJMZLqA2+P F1EsTbC9kWMsSTmLsT4Ckaziaou4dfmZ1wzKXph7Cc67UcNuvlmYbQ65Rpx952SW4hSkh1bLhclzuhfKRt Ox3Q6UxRKbiN+vpcq3VWW2QG1JbarUsiUqjbZW2pSETjDaEupSoDMkOIyujPGKUU8bnotuXVZ9KrUyB bf8JoSLtozKmjDrqLZqC6tQBSPkqUItQdW81uWj21nlyHbUwq2CsKV3FGD8a1ihMVDfEAVVBVGN3Av ximqq0smTqRlilaUJM5KoSy9nQvoJGTKdYsEhiiVUqi1/D0hUnJaj4o8V8fl05ckz4k8X5XeXBPYlxK0ZSnU6 3GkZrXN9937lpFaoVfv6uVem3Ja1nWTcDU/1F9+tWrYFRNXsyk1OoKieszm6dOCVR3HHIPhKUtlDwYlL YgeH/B72LYWrfCr+G9nFOolTwxV65XqauWEw03IVfEst4pXp6UlKzHisu5VJe6JpthMupRU82y2+tbipPU9 rG0OtU2p0mqYomJ6QrUhTqbNpc3alTMnSX/Gaey+5u9654q9Zbbi110hKUKcU2kJGNwNyL5pVEty3Kbc9U g000Lzd3EtqnRXG2WaPe77NKjrueIpDQWkr4NEpSAtS1BCYKAhKe/KVVDZngCrV3FGKKlhOTn6/jWhI wxVZp5C1uT2H21zbias+FLLZk95Pzi1NoQhS1TCytaujlssljFVOpdHo8hWnpOm4fqSqVJtNIKUsVJSGEGc QQkK3wRKsJSsoqOUNpyga352h73bs2096xQ78r9Of05MPd8PMvMOuf3zKexUosS9QuVGCJri9YqaOZPBa Zag4hfs8Y5iHYLscxZL+K4i2eU2qy32rv4KyOIIdSj7U5lyVeeoOVp5sfY9bsjKObu2dCmEftxHSzXam7Uf0h ze0/FEyw59mWsQXzIUfsyih9tuoErQr+8BEy+ISvJUHDmSbC2VVXql6ha3WlEq27N2z6rTq9aFz06U+/Cipl dsBFYRZ8+mxUQEs05yn/AGQ11TDblSGSuquvOtuOLKtRKleCR4NND0o7h6j7GKJT6RU6dWqTnMttTF 5qnYjVlqrkrNPKmVTEympfYynpmHH3XH93Jy7TTrTbYRF8q03ja3V6LL1ao45npufk5unTzK1rQQzMO0TI p7jKN3u2hLeOTJQhtCWyp9xa0KUoqjIbg6z+qK6rfrNq1/ea6albtwUaq29WKU7Ht5mPOoldZej1mmK9UoJa2 okptxwPpbWjxOZKiVd9RzDfgOeCvHDEIDxhhvYVR6VibDc9J1ORNEOVRbsvUKctLkjNpD1RdbW9KLQk y6nUOBrKEpAT0YvVZ8JnbhXqRU6BVdoU5N0qryz8pMMIEsLktMoKJhk1EulSUPJUoOBCK5yStc6xiDfU pvs1KenI3Quf1164LQuwOuPQ3VsXRYVutWhaFxoQoLil1uBbLDMJMVGDLxjsNodW5wQRMnfBc8Ht6UZ kv7JKQZRmm1qjbsNvpDlxFU11qt0uZyzAM3T6IVXHKg/KTZfYTMuOOMoa3iwiqNJ217UEvOTH25TZfc m6dPhRLZLc7SZNMhT5tm7ZDEzLSaESyH2Q24WkIstS8qbY1Rt4dz7fp8CIUe9a1Bp1Mcv56Cy1510MO7o0 KPbW4b4cksLcefq9CisRpinFrUtCeSchwqWZVXdiuyfE1UqNZruAqfUanVkycbmHVicQXG8IVByq4YbyN OtbolQdcmpBDSEIbcVIWFthLYscjIxtTZaVIJLEMWLYaqkqptOZKsq5KikaqcyOqUTOyraGniok5Ugpyqu o8xanUFvNY9Rt2rWruFXKRntSy39uKGGhTZMLKLYciqTK29aEmlzYDsWrfUVYqMyV6vMZkJD7wdGfo bKLLjDwethuP6ZiakYw2aU6uSWMa8jFFRK/Gmn3sRtyjEgittzcvMszknUkyUszKCZkX5ZR10Fo3QtWLu1A 2xbSMMVckVSh4smZKcodNXSJcgNLbFMXMOzSpFxl1tbMxLGZecfLUw26nekLtmQgpxTcLcm+917jVdu 4t0VW8LIXAp9KcrVZdaenOU+ksGPToq3GGUBTbLBKEZGQkYJOBqXbN9l2z7Y/hlGDNmGEZPBGFUT M1OJkJBC25ZM1OuB2bfSlbjhC33BncsqxVqALm8exfjXFOPauqv4vrT1drKmmmTMPIKnC2ynI2klKU3CE 6Ake24kxg2p7ESHpCGkIaQhpCLHPlc/fz/XVH6m643Y/BH9GfrxV5x+F/e//AI4fK5+/n+uqP1N03Y/BH9Gfr wzj8L+9/wDxw+Vz9/P9dUfqbpux+CP6M/XhnH4X97/+OHYufv5/rqj9TdN2PwR/Rn68M4/C/vf/AMcPlc/fz/X VH6m6bsfgj+jP14Zx+F/e/wD445Wmpaqc7XKhcDI0t9iYmnu1UXS7UXn56mvHNN01IiWgJffqy5Dq2I/Z hpSXZTsdpaFqiuKMW0TCjTf2RKnZ2ZBLMq02kvugGxWAp1KW2knRTrhCL9FOZXRj3CUPZVNTeymV k21ZS6tainORcNpCWipbhGoSkcNVFI1jhXNw7ZdSGLYg3hWamwsokKu67IFMhuKUpKUerUS2qemQ41x ClZXU0qwriUcgdybn9r1dmlKFOp8pSmvStC5p30kQyD3NqAPM8Yti67IAIEhJPTriSbqmHksI4cA22IT17 m1i6NNTH2p3kVSS+y7a1DakulpDzDtvyqwYcmlK4pYk3DP1rZLgWORUST4PtY98WfXv98XdxNNMAX0 ablWBr1ltoKt1a6GPL7altq3RpUu3MjtdO7cdAOvFTjqwPRxjbnf34rSvpZjP0aC0tXBzjadrSHEEFXJsJVQyIP EAHIycDAOotP4grzis68U1NxV9AJ19PsQtIA9EX2mYjnnxuw3Ky3OxlGDp1XUgn2xty1NyWHZTgnqs+YZ bjSvWDYtnc0OvcVISB8g54OdiVefIqyAdWxzFOIwnJ9sFQKPy5+bJ9BDvCJlZBctvtpxR0KJSWA9W71PH





oaxKA2yykrWhKVDq7erqjKaM2XUpeSAoJUVFvXcke9IwFLXrHojKqygAeY0sbxva1KitTTbCluvleeBSghDI  
aQcgqWkgJIB75wNebysywSkCw5d59MSWQmMrJbsc6jf2W7/jtiSW2CxFeEeRIWr1vi2UheUpVj5yfnISO4  
8x5aoXwrWwBBtx+OUS+kuFvQqICuIJ4dlrRLO1KUXnVBRkSmw0t4Sg4wA2EqKmSsFZC1BfcDHmB21T  
LCkm28UQesjs7ImEqkLsptN8uvd2xM6w5KZCEzoIkrZca4rwwlS0OBLbb7rikrIUFOBzkCPPHbVlnAkJNXY  
E+/wB0TamqCikMqJQUi/Xm7Pi/bG841GS8GVlftFSFewELRQocVBxlRwM5P8A6OrEsrzEtuZRzuefZErQ  
w2psBwZ79cRi6t9pqqX9jbsq0anRU1SxENXZTnmUkLjNxpSLW2m20geAiRR5MovhICHXKXHdWkrbSsb  
CeDNjCcw9tRpFKVMINMxYFyMwgE5Fultbsm4QdN428jdpVbMEPLQNFERRP4VuA6diTZXak1JINUwi  
W6nLOW6aGw62zPNhYGbdOMOb5x8hXLtrLzJvFJR7Ej4a+o0fICGkIaQhpCGkIaQhpCGkIaQhpCGkIaQh  
pCGkIaQhpCGkIaQhpCGkIaQhpCGkIaQhpCGkIaQhpCGkIaQhpCGkIaQhpCGkIaQhpCGkIaQhpCGkIaQh  
pCGkIaQhpCGkIaQhpCGkIaQhpCGkIaQhpCGkIaQhpCGkIaQhpCGkIaQhpCGkIaQhpCGkIaQhpCGkIaQh  
2ke6Fx5/zQwf3H5lF06bwfhp2ke6Fx5/zR7GmlOutNBOFPONthXtdi4sICsg+7P5tdHZhplp1550JaZSpazmRoh  
AKIHhySCYqJzlyZfZl2flHn1JQhOmqlkJSPSogeml775U2pSLklzZCgzTX6iqDT4X29SkU6iR2KZTnpbK1qV  
GjONNkcSknuXVKzjXzEqdedrVUnq3NC79eefnVf/wAzqi2nuQ1kQBySkACN/p7D66XKSdHICUSNJQ3Jp  
HnGUbSypZ53W4HFk8ysk66xotdEDcdEcMtqclOLW+VBTjiIKfYixWytPsvOuclj4JI+nUOm51a31KCzIRoB  
3X9+kXyQo7bcmhBbGdark9YIA7uuDMxcN/tGbWUAsNrIwqOE4StDCAPtp7YI+gnOvMI34Dt7bzpe3u+cR  
7F3xFzcBkes3RSQLWHZ645b19ciQCR2cjKUBgcm3OJJC8jukJzj8A123O7F+AT8dUd1zhdWlthUk8fn6+s  
Rm9rvRVsFKng0VOLQCSISloAScJSXByUVZwBk/Aa5II4iK+RW0toC+Wxt39nojfndNykvIRjGFTy0XBjQ  
T00lxFcjhK1LqL7XFk8Mk4IwB31RzD7bXSVwLb3xMaVKTlZqEyrJfQdCSIRseNhp1a/wBy564uprY/ah3x  
K9fdEkvw47q5JjsxKLvrSnG8ARIR6GtxqFIURPFbjqP1aH6vKNgkrzDq0+aMq0XAmJKqoKlqUuytc46IV22  
PbeNaK9MPtdb7rkK3NptyasyH220TZs23aKZEeEYcchvyHi0oH7hwpX3yNWh6vMkgsbqvTx9HbGR5HZI  
XGUEPz7Eq6eFwcv/NztaNhbZenIsqjVUUm0/7juREuOPH6BWKDPqMKM64Cw9GiLU2majkXFFK1oU  
VKwDg6pXKnJQjK604yDzXwv1d/PWL7J4CrcokiVmpecVe5Q0CCBzUb8r6d5EXo9L3X3039UHGg2ZfdLo  
16sMQ23LHvhlFIXu86pGXkRaZUHSxVnwMjEGQ6sqBw17zQFDLoUpleZF+PHXq9WsV3iNUIFJbnZRKU  
jirs74mddluU+vUasUObH4065aJUKDNUojwnIVcpr1LktLHukpTJKxnulaRkAjVxoFQmaDWKTXJZVpiizLE  
22fypd1LwHpy27jFjxLSpWv0WtUN9kOyNelJmRUTr8nNMLYUb/kly47U35R1iatTJdFqlSos9BanUefNpM1s  
9lty6bKegyKKhulFYcH4tfgUm2qhKSk/LKvLzzTbzZ60OoS4g/mqEfAGpSEzTKh002bRu5qnvOMOp81xpa  
m1j0KSRHH6qIoYaQhpCGkIaQhpCGkIaQhpCGkIaQhpCGkIaQhpCGkIaQhpCGkIaQhpCGkIaQhpCGkIaQh  
pCGkI85HwH5/6deN/wAofn/yinhkfAfn/p0v+UPz/wCUIZHwH5/6dL/ID8/+UI9rLhadbdQIJW0424jPcckqCkp  
OVDsSAD+HXm822+06y6Qpp5KkKGfilYKVDyeadSRHvLPuyz7MwOrduMLStj6IUFU+ggGNabzUsVi+JUI  
c7x6NUG27ggrUtKJYpLSAU1S5i28clx5zUqLgJkFvyr5qhn5bYpok5hSr1HDk83lfoMwtnMNQ5LlOeWeSfNd  
ZU2vrBJSdQRH0bkKIJ4tTKYjYmd9TsSMtzSEnymXDdMywq1xmYmkutcekEhQ0UDEF5wbZLy3Wgta1LD  
Udt5SW0I9IDtNID2hjiCPo1CklLrqlNrnT3xIHj4u1ka/w9B2p5H13jC3W1qcdkPLTxaSpJUceqKvR4LQ2T2  
SEqIHfH0aqAg3sE3A5+2I+6XFFS1py59fgeiPnflQaBbm12uVaDQ6JTG3H6pcFWIBmJcJqJKUAKBVMIK4  
nwo7KVvO5AQnB5CtmJqWlpUqmHg2F8Ab3VrccjHfDmHa/X6w1TKHLKnJmYAUBIOVKCNvRJsEgC+hI  
N7aRCXcPrXulqW/Q9hGHLUpzDrng3xU6ZGIXnVVKb5vU6JPZdYtmMoKUWQIK5XBWVrQScQsSq4nmp  
p0hgbsAZe3lp6vXrrG5+A9gFBw7Ly8xiUCr1FyzmRWqG13vcWv0rdHqsTEcqM1uZflcXUrouO567OqOGZV  
RrUioVqQ606r2mcTVrTgaOVckggAd0pAwBF3ZtTedyZeCsw0PC3Z39v8ASM/yVEkgpuVkaaG8pATuxpY  
Aa9/LtifVidKtRqIIVubYiTAExmno7f2x3mhsKfbDEcgux1DJGe4zj3ahU/i6TklqYcAXk0Cr+Vzvz5n1CMPU  
3AE5OsIdQpRUoXI4W+O+M+b6aDLIKNRocqnrV4chwxn0IQptj7S8g4+eePt98+z5HVsOMUoT8k8kpPG3  
9PgxfkBpgpbZeZUgjsvy52jeO13Sq0am4tmEXVzxTg68WgSpUbKSGIUgqUT4ra/eMJycd9WCq40ysKK1BVz  
Ya87GJTQmDaHgCgieGw04+2ODv3p0q1o3tMh09idKL7hlOz4bKI8uDPYcbfiyqVUYrochS2TgtuMqQtK0n2  
iO2mQ8atzEuzmWlsskC1+XGLNirZo8w88hlhLsutJKwoalV7WHZb2xc16Lr0gm4dar0fpR6oZcio3GlqbTdm  
zK04IM+8o0FDkhFk3M84hKJNyMw2lfJ88+3MDXqrqIOJBUcqsNTlak211p9LilDpAHhy4EdUa04pww00Vbz  
4li3KS115EgBLYGp58L66XN4wTquoDFtdRm7tOjNluK/d0muRRhSR4FzRIDxJICxkArqivPvnIPfX2F2J1Vd  
Z2T4CnnFZ3BT2mFHnmFLITft+REfA7wg6M1QttO0WQZRu2nKk9NJIHJngmdTbstMRHvWUYw3DSEB8  
6b+m3dPqo3LgbX7T0ZmfV3Yy6nWavU33IVuWnQGHmWJVwXJU2mHVRICHpDLAEntOyJLzyGIzLrqsC  
GY7x7hvZ1QXcQYkmizLJUG2mmwFvzLxBUllhslUsgFRKIJBqFbi0pF4yPsu2V4u2vYnZwthCTS9MIJdff  
dUUS0pLpUErmJl0JUUNpUpKQEpW4takoabWtQsbumPQCUG2wuX1O8Lu9V8RTMBakPWY3M459VDzt6  
pmPRgvt43FC8e14A+ZrUhw0B4/ZvZ/mpHYFVStMFPnWEoWgrnkuRfTPzjfrV/ALOOofYyz21O1XKbkJp  
BVLJX5mYz6XVJ5bzIk26W6+9NB27m2tY2d3T3C2or82nVot7c3hXrOqk+jmSqlz51BnPXpdpM1hp4xHC  
2FoDjaFglwORrc3DFflcU4domJJpyXIK5KszTaHcocQh5AWERYlScyb2OVRGIlwBR868a4VncEYsxHhCov  
tTM9hudmZJ1xkqLTi5Z1TSItlaULyKKbpzISqx1Ama7II8wR+EEavsRkgjjAAnsASfgBnSOI88VfuVfHyPI8d  
cXFr30jmxva2seMH4H8h0uOuFj1GGD8D+Q6XF7X1hY2vbSBBHmCPwgjXNweBvAgjjDB+B/IdLjhfWFja  
9tYpWp5DpHEMH4H8h0uOF9Y5sbXtpDB+B/IdI4gAT2AJpWazpCXPAXhgg4IIPwx3/JpHnJe1tYYPwP5D  
pccb6Qsb2trAgjzBH4RjS4PA3jixHEWjzwX+5V/mn+jSOBhQmfzPHEeeKsZwcfHBx+XSObHqMeNl4hpCGk  
IaQhpCGkIcUf8ApI/p14ek/nK90U+ZfwT7ocUf+kj+nT0n85XuhmX8E+6HFH/pI/p09J/OV7oZl/BPujyEoz5Z+  
jiP6dDoL5r/APMr6scgquL8O8+6Mc3CYgopzK0s8HFO0pBVgq8XwaOiQ8EH7gesy31FIPElIJGVZx80Ns1Q

fndo+NVOnMpM8ZdFiTZuVYZYQCTz6JJ04kx9FtI9NYk9n2D0oGVbkWpjXiVzTjz7n7SxbrAHC8RVqs5tc  
xTLISUpBbB4FPJYB9r2gDx5EfjSdYvSkpsevAa+33xJn5sLKwhHA8z9I90YjVKjR7doNfue6Km1S7atiE1Nrc  
tCUuuOLkOgQKZES4kB+qTJJ8KOynKlqCjjihRHPmZTcnLGYfO7Tbog2uodYjvhrDtTxZW26NTE7yYcOZ  
RsopaR567Am3cCYqi3e3Rujem5PENo1AUGDNkbYtRhxS6fRlaxx4v+GkInVNbaAqRkCc11Q8Nrg0EoGoA  
IVJioPI91ZS2m2VltxOnS5c+UfQbAuCKTgWlsScinxioLReamVpGd9zqB4pb5gaG/KJL9OHTum7ox11KMhc  
pT6EqW2hPsZ7+GUqJyvghRx2SQR3A1AcT4jNFulBu6R2Wta/ff0Rn3BODk4gHjc0m6TpbXTWLfto+k6zla  
YjjlPQ6tCWvXFqIwMccKSlfYKC/oIx79YGrmP6o/vLOIITcC1hzvGzWHt1IEYDSt0ISjY8DpoOz5osw202jg  
UeMiBQ4cBpCkqHMssqUfECqcdCQUkIyB59z8NYwncRzs2+XHH1E36+Px7YypJYTkJJlaUNJCU9hvEiX  
OnWmVpPObBpyJJ8B6W2mI1HRKUMIU4t7yWjiSCEgE/g10lq/OFSQtxZSTrqPfpHjMU6SAVZhhHoGvo+L  
Rua1NgLAo6G3mqLAeksg+seGjKOSwlHBjWFDLXZRHu8tdpupuulWITpSDwuefb/KKVCWJdSS2yG1I4FQ  
Fvjijrx6Z7ArTchSKUGVqSQ0AhCWmlKysIbCQFBoFah3UScZ+jVqaxBUKcnoPEtX1IvxHqj1eRJT4tMNJc  
VaxtbX1xBbd/oaLEdVQsimCBW6a5HrtvV6jf4PU6ZcdEkNzqZMaccIU9p9ppRw4nmAU9wdT7CW0abp9R  
ZcW8tSCLqBIsddLXNraC97RC8WbPaFXaXNypdKFOtAtxBN9VWHDu5Rp/qSu2Vf162xe9Viin3Hcm123  
zt4QSEhyJeNhPT1s3Iy8hJPBw1CiOOY8w9OcHIH6D/AASKy3W9ilDmGIEtMTdQbTexIBmN8BcEjTfHge  
cfla8OvDTmFvCEXBt3kBMw5JUxxdgQCRKIyZc4BsdxzF7gxHzWy8adQ0hHaH9AnbNAj7Nb5XiWzHVdF  
W3SPns1GQEIMlug0C0aXVKPHS7jkiOqfclccwCApfc5KRj55+GZPzjmKsI0pa1Cny1OdmEJv0d89NONOqt  
wzBEuyL8QNOmlWj/s8qZT28CY6rSWUirTIWZIHf2GfxaXk2nmRfiEl2amDYaEi/EC1HFU1OdQF79SO419  
VvcXc3rmo04d1U23KfSLpuCht2DBt+4Z9MplAt+HT5rSKQmlxCaQ4W0hx99Lr8ITrziTjzgdZ97gqk4Dodll  
KHJTshNyUu4+47LsvGdW+whxx59S0KLpcKyU3JShGVDYShKQNCdq21jaPW9qGJq5O4lqFNqdPqM03L  
NfTT7H2OQw+ttqXlktuJ3AZCAk5MqluBTjhU4tajY76OTpAtXq9b3p6xup+mVndtqNd9eahWNSQKE5f97Qq  
JFuW6azUoVEKQvIOS47UaXHg09p6NFkTZMhUoKaDbYwXt12nVHZgrCey3Z9MNYZLkqyVzjh3nicot5Uv  
LtlW8I3dpSG3FvPKS4420lAbsq6o2e8GTYxSdsyccbbNq8o/i8tKwlsunsjdKn55DKJyaccQwtgurWXmkS7CFt  
NuvLXvboASZfUzoV2T6vdrtyaTO6Hrk6G90LbbQNuLjflR/Va45NiznKRKIN0Z1ESrxUTYTDFYgyoqnWG  
prTkCoKcV4rWL39sOLdmOlaBMs7XGNr2Hp8nx6XCTmZCFIDqU10KdaUULK5Z5t0JWpCkvMBIyqzW34  
P+BNs2E8USMzsOmdhmKqWP8A2ZNFat2+VpcLK1hCW2nk520onGHGCTpDiFMTJWolEb/R6dCXTzS+n  
G9urrq6oEe6KXQntwH4VsVhdQk23a9t7Y1Co0O5KvNotNebXc1wP1+iVxhiO+HWENRGAYyqRIK0T3bhtj  
xzMY7pOzPZnOKp0xOCSC5hrImYmJioIbeYaQ64lQI2EMutLWtGVZUpeZYQixxb4NXg+7NpLZpXNsm2C  
RTV5WRNRU3LPFwy0rLUpx2XmmlstLSZmZXMMvtJaWVtgIRIqpxzMjU9176+h5rN8WdfkprvWHazVI3  
Bol8beUu359DnyKkRZ02w7oj0ul7ksUpERDcW7461RpzcpLk1CZcRaPBeRJKbg3woJskVaiuY8IHKiXZJ6T  
nmHkPIS3/AHpM7LqccKfzOclUqsBxlTZCCWnUnOgw+r7QfAvqGlaDiFnZIPUwM1KWnqa0yth1bt5JdOmk  
ttVZuTS2AmdbJamUOhTg3zKkhDibCupHp79FD0t7WWXu/uL0u1OoWxfFcolBpEW06hd1TrTEyv27UrmhO  
T4IR3MhtMx00+lyEuFD7ig6pKUpUklQwhgTG3hFbRMRVbDFC2hNsVCjsvPOqmW5ZtopZfbl1BCm6e6oq  
K3EIIKEgpBJIIsdj9p+zzwTNk2EaJPE2yt+ZpOIH2JdlMm/OuPpXMSzk2guIeq7CAkNNKCilxRCyAAQSoa  
Q2S6T+gCL6O+x+p7qA20cjpZojty3XddrN3JuqspY3PqNLotvQ6dDr4YVKqLTdJpC0MtsqLUtwiTGvmW  
3L8W7SNtLu3KsbPcFV4OFbw15aWealjLXpzbz6nFMleVgl2ZBUpfSSElwfJqgeA9j3g8MeDVQdqG0fDBa  
DbKppqm2JicE0/lq7rLEshpMylNnmHlMoQhLFRWpW9aVd5OffsTugTr26Vryv/AKV9to+1142qi4aXb9Ri0l2  
2LhpF525SGaxFtu9aKxWZcOu0ioRZNN5SfEkuJZqJfjSkSGnW9WX+0nbTsZ2jUui7RcQKxFS6iWHHkKdE  
ww7KpulpT8o6ppt11hSV2bs2kqRkcbKFJVEjVse8HjwidkdaxDsnwyMK1mkiZalnENmWmWZ6WZS+iVnm  
Uvvy77UyhbQU7mdWIDmdt1LqHERG3Zjow2Fvz0UIS3vGz8a4eoGXZe57tv3JDn3S/X5V0U7cGu29bEeFR  
odaEORPS0xaitn+qFLignmlSIKJnuLNq2NKN4R8vhH7ZISOC2Zqnh5hSJYmPl1yLL8wVuraLqUEqW4pW  
9ukXsQABGMbBdbtdndf8ESYxycJJqe0B+Tqu4m0OzqnlzLVUmJaVCJdt/crWEpbaQgMnObXCIEky0sX0U  
XTxtb0iXFP3i2+pV9b70nbK97uu053K/caGLfun7FqIWFbBokakVtiK7TqS43EZbdddacVLejuyVktvIaRjKseEjj  
jEW02SZwvXHkPg6ZqEpLMS4ZYKnpfxltpbzqnVWuByZBUpSUqTukqS2AFJKjmGgeCHS3wjsXqj2M8Ot  
V3H8ISZ+cmprxmaCzeb8TcebYYQzMNtKblCICAtaFb5aVuHoLShMZOlboO2c309GTUNyaVs1BvDqTrdrb  
ux7NuAV6sU+qSrrpNzV+mWmlhh+441LaeaTEitoL7SWT4YLxOVE5B2jbY8VYQ2/s0GZxSulYCIJilqmmmd  
y0ttMs7LsuTNylhcwQoqUohCioXskDQDFeyPwfcFY+8FqbxJJYKRWNpk9L1tEIMCZmG3FzTE7MMYyCV  
TTUoChKEIBeQEG11kkkno+mn0ZdkW10b7x3F1VdP0SDvlQG9261bVQqt0TJU6Fb9LsWNNtSW0mzrucp  
7iGqyxU1oS6lTpUgh5JQUZtGpTv9XqG1PCshs5xsp7CE6aYzMIbl0pQp9ycUiZSTNSqXwVMqbBKSEgHom  
94kGyzwWKFNSh+Nqjta2dplsfU9FYflXHZxxS0S7VObclFgSU6qWITMJeUAsFRIOcFJTGHdHRB0rbe9G  
z/Wr1bW1Hv2NUreqV5RKPvWZ9Tolr2hDqS6HRY8G2Ib7TVwXZV57SVoVLU4038pRI7KY3GQ+5c9r+1  
faNW9qSNIGzOfVrNjd5uVU62UNuzE0tsPOqXMKSptMvLIJBDQSpW7dWsr2hNq2CbCdkuFjd+2/bBT  
E15Mwy/NIZd3jjEpJNvqlmEIlkrQiYmpxxIIU+pTaQ6yhlaIdcVriwKD6O3q161OmO3dlNlpVtWRdFI3sY3k2  
zr0Su2wxlqNu2S9WrDqLceiXRIhxmI/HqDgVSprYwqCeZwGqGLv1anNuOzTZRTcncW4rTP1Wnu0g0qoM  
qZmCEPzaWpxBU9LodUcckJImGIWC7tK4kRPD0j4NO2PblspkMD4JcplGqzVcTWqXMCYIQpctIOPU9wJl  
5x11AKkuKHij6Sot2eQNM00n/RWdNdudRm7O7m5F10SyukvbrbehP0S5zdy12LQ6tcLdBIVG+rxr9WXXFT4  
lv0uMlrg2JKPWZy1K4hmIW5OKUeEbj6ewLhvDNCqztW2k12feD00mXZU80wXktycqy0GQyp+ZV6t2rds

ga5nMzec3PBI2W07aXi7GeJqGzRNkeG6awpiTXNzKWHpgSxcnp194zBmUS8okaJDqd6+rQBDJQ7W/sT09  
9PHX71q1m1dn9u07LdMW2dty7gqEOi1Cum8b9pMGsRaZAl1KoXBUpzIDqVYq09CktMhJp1KgraSDUVqk  
Jzti/G+ONi2yaUqOKK59te0LED6WULdQyJWScW0pxaW22G2Q63KtIN1LJ38ysK/wAABEaxYB2b7NPCL  
25ztKwZhs4J2V4UllzDiWXJhU3UWmnm2kKccmnpHTDs486k5EC0vKIUGAzF3TPFxHonGep1PQ4elmAqqu  
rabAO4QgyjTU325T0yk24boN2fZAZXjKTDNQhSCoKDWfCBkDDYV4SKtn52vf2iL8T3RnfEc6d54mF5S/4  
v4t4lly/K7nju0I5XycbEKHgiN7Uk7BDssQagXhTvsjlc3QnigES3jXjn2RzZzuN+CLTPRtuvwlojHWfRL2ux6Qi  
g7DQbhrydhq7t3Ud8lVcU25dkC06LWmLbqlht1dxgB6abqnUhhqetsvIptUDig5MZLI8hSvhKVFWxKcxk9JM  
qxIJzyKOBIIIzLrJfbnS2CSEiXQ4tTIVIL7eUZWBIXJO+B1R2/CRkMAMVKYgZ6fpjlfPSSZuTYfEq7IB0py  
qX44tltL6kZkyzyVEOOoUVTzjdJvTBVt5ah05v8Ao0blo+0zUebRoHUyJslIO/WidHXP9eFRarSq2xR3ZLbk  
WNVFznnHZaWy7CTGd8ROGV7SdoUthZrHTe3xiZxIpSX10DIkqDS3QjJuy0JQupSQ45LhIKU5srpWmx2L  
Rse2VTmM39mbvgyzUppg8IXLoxNvH0gvNsqXnLu88bDCIJ3bU0ZpxS3SjOwG1Ep67fWz03jpT6jr82eh1GX  
WLDpppdfs2rVDw/lGbaNywk1GkJqSmmm0O1OMv1yFicQ22h56mLeQ22lwITvLskx5/aPgWjYndYTKz7+8  
Zmm0XyJmZdZbdLdyohtzouoSpSIJS4EkqKbn5j7etlx2P7Ta/gxiYXOUuXLUXIvOW3i5SZbS60HMoSC41dT  
DikpSlbjSlpSIKgrQ1kiMOW0hDSENIQ0hHnJ+j8g/o14dLqPrX7oprDt9Zhk/R+Qf0adLqPrX7oWHb6zDJ+j8  
g/o06XUfWv3QsO31mPIJyPLzHuH9GuCVAE2PrX7o7JSLjXn1mMU3xKUyLbhRFkAtG26pJZbcS0tyVJgR  
yCifN5kMoOPM9h79fMHahY7TMfBSgpCKpMWIB++yKI15pJKe8R9IsIADZ9s/CDbeUeUuQ/EEbxItzYg  
KF+sGIw/Jjkl8qccKXnVF5xCh4QSH7IIVtkkApHw9/InUHU4EEqIABSOppNfXmQmyipSipZiATa5UTa3D  
uitDqV3BmXte/97+25TqBjs+atcZQUp9FyXMpltp1t1pI4yjGy9Hi5CUsNpXwVlaIGAV6pqnHi1cKbZJSka2s  
OF43g2K4FZwrQmaxMslNTq67rWoJ3iJdQ6KBYaC/WI4Hbfayt1FwOwaRKqFRdR4cOPFCkx0LcVx9aqVR  
BLLYSVeyk57gDuQREp6qSkio790BIFzrr2RsFSKFPVZSfJdWdRFiRp2352t2xct007UOWba7MCe4iRUX  
3US55jJBRHfiADTTriMrSIPs5yewPv1rnjjEH2Rn5haVZW2gctr2Pfcn2RuHs7wwaPSGGnEBbrtr3tcc+QHdrF  
m9oUVmlhllgMo8RtlCwMFPcIWoLBGVfOHCzOsLT86XARmFj1Hnf46/mjOEIJBndkAk6H452ibG3kGnN  
GGhoNLQ6EKdVx4qVxGCSCPZ7jH4BnUezLuCD0Tvw8fNF4mELMqsgWv1RM+iUWITWoy5LHiu8FJSG  
3kKKQry9hZx2OCO48vPV+ZZKU3URbs469UY1n5qYYV0bZU9d/n6+z2RsOk2vCQpCkJeT4eEqChHCXF  
EHly4ZJxjt7vp1XNyiZgAE8NdfT2RHJyqPJRdXAnl237YySq0OB6kEqjtqcGQpXkoJlzkEHZ5fmGulTkmGZ  
UDICsb3+PjIFsIJ+YMwChxSQT8d8aRumltmFJbU2ksKcm0JGUkt3PBzxEjJWCc9z38jkajCyll5sITYp58/T  
GQqW6VIW8VnLnG/Xw+iKMup+EYe5LmeCVPmVMqbTwwhTNyVpCsIIeS1KVk+0eXc+Wv0K/9ndOO  
zXg6SgdJJYq88kE8wpmTX7CoiPzG/wDatSLUn4V84tqwE5Qqa4UC3RUJioN8usIBERz1vThzWhpCLMvRp  
deDHRluJcVpvaBUqxs9uW3S2btao7KJVYtmt0cyW6Pd1LgOOJFSaTFmyo0+KhSHno62nWC49Ebjv4A2+7  
HFbVKHIP0h5uWxTQC4ZYunK1MMu2Lss4sA5CVISltlwgPqsKSuyHFLRtZ4K/hC7EcS1GT7D55gvFAaT  
NhkBT0o+yVBmbaQpSQ4IKXHG5hoFK1tqStBUtIda7jNwZPoVN6rsk7+Xxd+ztSuSouIrNe53belsSLjnJbQf  
Wrl21p8m15WKqrgnxw5Ti/LUCJQfJODWqKjwr8JU1GC6TTKoxIS4LTNpaUmEsIJPRYn1pdS02L9Ah/I0N  
WygDTd3ES/AdxzWDtFr1Xo81VJgpmHv73UJRcysAK3kxS2IMrddJ1cvLZ3IX3wcJ1i90l+kN6c7Lv/q32Uue  
4qrthsTvNuvuHeOzm5lqUupW23Z1Ou2nt2z6m1DpFO9bsQim0yiy6PJRES3AfZWmUiKPDVrIm0nYhjuq0X  
ZpiyQkW8QYwwpTZGVqkhMuNzBmlyqzMZytxe6nLuOOtzTanSp5CgWy4cwOJdjhvJ7MKLiLbDgOpVF7C  
mAscVipztFqkm07KiTROo8VyIQy1v5CzLUs9JONS2i3Uq3qWhYjkJm5PS1sDYF31+9/SV9SfVZej3KRt/aO  
1u9u5NoTcQOy8IFJqci1rqkx4pflOMKnVKfKYQw0yfUoRe+1PeDFD2i40rNMkaTsDoOzmJ6M9NVGkSE0  
mylDO42jiWbWrKm4aYZbWVqV8q6EdJNZN4k2TbO8Pvmp4g8J7FG1atOEqpsnSK9V5FV0glth5UtpPtpKI  
FJfmZh5GRCtuGFOdBfD+jx66unOp9ON59InVIXGrTpFYd3AYp1wXFKqrlv3Rau5tRqFar1FqN0tIdfotyxz  
XK063MmLbEhuQy8iT640tCqrbjsfx1L48pW03ZiKGPtmqmsUtlhLW/lpmntttMuty5KEOy7jTSS00FFBSp  
Jb3SgRQ+DV4QGzGc2ZVrYztbnhR5ObVUUNzEyp4y83KVRx2YmGnJpO8cYmm33n3A+8pKVbAFJd3qC  
FV/9de2nQrtbRLDt3pE3RqO7Vzy6zd87cGuz7hfuUU6irpVKZtakxapTaDApKmvXjVFER0vzFKPKW6G/BS  
M1bHa/thxFN1qd2mYeRhqnttSyJJIDII87ocdMw4ptbz0yDk3Q6ZQ0Bo2knOY132+4X8H/B0phunbH8VO4tqj  
kxNu1GYcfVMBpgolxKModZlpaTKc+/Nm0uPX/wAVYtKTE4PScdXPTnvp0lbJbd7T7o0i8rztzi+bGqteoUGm  
3JdKU6n0rba5KJUJTr9WosdlxDVUnxWSEOqUVPAPsUhsK4j8H3Znjb+0nF1bxJh52Uqoyc22y8txhSVren  
2HkJAbdWsZm0KXdSQLCxIAOc/Ct2ybNMfbG8BYbwhipqtVqIVCnuzEuhmabU221SpPhxRU8w02Q15xC  
CErUbm4BAJE6dhYGyNT9DrYMPqNVU2Nmntv8Aw70qNDbmOVmiMO7uTmaTcFO+T47z6JUCu002W  
FNsvkJiLzHkI5MOYdxm9i6X8KOtO4FDa8VInbyqHskNPEUtBcYczqSgpeZDjdlKQLqFloNlp2F2fy+BjrwL  
6AxtK3qcFOU8idcYstTzCTW3UszDQbStZXLzBaeGVtw2QQWnQS2rVznVZ0E9AvSreW33SxubH3WvO7  
E3BU6BBiV3kTcVUvO4qQxRo1y3pWidHiwqDSKdEi04mL4cZxTdODEaM5Iddd1I07ONs22naNS61tFw+r  
DIKpu4beWprxdhQVYdLqpeUaW64686+tTnymZaQpzOtxKEpTERXtc8HvwddkVcw7snxQnFlbq4mXJZCHF  
GZl6emWUsJmp55DDEuw1LIQ0SzkaWpLeRDSnFuODHugn0hPSx06dCVl2ffm40Rzc2yafuVU3ttolKuj6v1i  
fKvW6K9QqPDnN0VcFqbPY10/w3FyQyz64FvLQG1hNbtm2JbRmC7Y6pUqNQ1fa/V1yDYn1OsBlpCZSXZe  
dWgvB4oZKV5khvMvJZIOYXtXg8eEfsk2a+D7QqPX8SJGJqG3VXTS0MTRfdWuoTcxLsIdEuZdK30rbCV  
KdCUZ8yynKQMe6aPSO7S17pg6nV9Q+71Lo09m7t571V2l2nKg3PPS1Sbj26odvWXQqI/BpD8eLR44p6Kf  
EbceQoJg+K9hbinF12P9hOJZLaFs+TgfdLk5hPDMrSWXJK5dF3GJ95+aedSt1C1Orz791SUEEryp0Sei3bLf

CawbUtk+1he0fGLchjfGU7XZhqUW1NuZWZmly8tJS7C25dpxDDZb8WZQpwFKWwpw3UVqwDpm64N19  
n/Rc1raiFvS1ZPUXT7N3h+xOh02Ncse5INzVq5K/UrWdp1WiUZcSNOcblxHWnDJAb8Uc1IIVxvWP9keLM  
T+ENKYkdwoatgZ6apfjLzipdTC5dmXZbmQtpTocUhJSpKk7s3sbAi149sr284GwX4KVRwnL44FF2jsStdMm  
w03OJmG5mYnJl2ULb7bBaQtaVoWhe+GW+pSQbZb0l+kS27V0T7y2f1NdRNQq+9VwObvU624d7fZRX69  
ModZsSFT7Whx6pDorzDMNysOVFDKFv14LWtS+CSDq17S9h1dTawrVNN+BkS2E5EUtx9Ur4syyl5qdWu  
YWW1OoWVJaCCohBzAAAKiLxse8JXDTuwjHFH2o7R3JzHVR+zLUsidE9MvrZfprbcq2i5LDraUKmC6IK  
VOJCVFRISKiOM6FutHpU3E6NHOivq0uOHYbFMOFSsyPvA1In0ihXTZ8ypuVyiyoN0xmXGrfuukzn20JRK  
DSFmlRJLCpPN9lv32wbKdo1C2pjavs2kVVUw83NKbaSh16Xmkthl1K5dSkqfl5hAJJazKG8cQsN2QtXnsD  
267JMvBGHTiO16qIoSZdl+US68XGpebk3H1TLC25pKFI5qUcUAEvBKFBplaS6S62nW1hVn0d3SR1rdMV  
w7K72v3JZNs0ne5/ePcu1Cs3SxEn3BZb1FsOmolUK2Y8KQ140mpNpTS4bhSqWFTXSS2UyCsyu3HaZsm2  
gyWLMJiQqtQcpApcgyhqWkKMTaXZxwpeMfupOUNqJmHUghNmk8QYjh6a8GzY1ty2Uz+B8cLqdFpTVd  
VWqnMKfmwlcZiOM09sKlpNphaQpbiR4qyojPd9ZGXLMeL6V/Ylvq13GsO6r+pV5dJ+4dhWyikXjKolanUK  
0rxjUCZCuyg1SiSgJU21axF8NiSgxHm2ZqG11PgS5a28WoeDbjFWzWh1mnUZylbR6FOzBdlUvNIemZVT  
yVyzbyXi0iZiVXW2Q4gqauL522knNrXhe7PU7YcSYcq+IG61slxPT5YMzi5eYcl5ObTKqbmpdyXXLh9CrO  
pu26ndLSI8IUeh19Ygftb1DdLvQh1tVHcLYjcJun0xbwW5UrfuKj27BuH7KtoxIq9PrEeOmDcNKhuXBSqf  
VY6FVNOOSHANXklhc2G0qZmTEOCNoe2PKZxQsYURWHNoGFn23mHX1seLVPK040pRWw46lh15t  
RDwUIKEzCG1pIacUgtfcKbStk/g/bd5jEeAMRjXsqsxvLYOR8yLftImqMVvNPAZJplhUy0w8hJZULalrIvutr  
zPtU9MtbHooneqBHXleqylJrSa43uCdvPIJaaq/EQBFTcZts2z9klf8ZCZppwTg1FPiY8l+rHFQX4R6dnx2Qj  
Zw4ZTDGR8e3Y3niZXmLHjHjHiVsp3W/v/AIPR8r5SM4qa8EZe1QbeztXaE8HhUfsdnVu/HggWmfFFPpjfO  
BMeL5bmZ1zbr5GIyVr0tFpvekJoO+8CgV9zYSh7dVHY1xsQks3ZUbVrVbjXLVL+bozr/2qUm6YNKdZg  
WH102mcFeFNeLTeQZXwaqiNiU9g9+dZGMpyeRWB0yZZEw0yqXbki6Bqky3UqeAyh9y4zNICjiaf8ADE  
oqvCRkMey9OmFbPqfTF0AnKBNUsj74mnZ9LJVIsrxtDLiWFKzKlmQIW7eWUpkzc+4PSNdW7Vy7z/Srbrt  
03aG4lzLhOwlqbj7i2vVaVVZ0IIXAo3yNUW6xSqI1N5SGKVHozTza1CN6x6uCIWP6bRtpdOw5IYOZ8HO  
mTGJ5DIx9mZmQkJhpxtCtFu71syrykdBewubWki7mTOQRlar4g2O1fF1T2gzHhZ1qTwbU95MnD8nU6vKP  
NOuI1SzuH0zbMulZK0SjUg2tJs3vCgEmg3qs3Stfd/e26rtsaobm1Sx2kU+gWhP3fviv7gX7NodEjqYan1at3JPK  
yIaJmX2bIYp4dU1BalJZBLniqO6GzjD1QwxhGnU2rsU+Xq6yt+aRS5NmSkkPOquUNMsIbQooQEIW8UhTy  
klZ0KQPnPTHxdSMZ48q1Vw/NVWcoDQbl5N2tVCZqVQWwynKfVTE0684kOLzuICYyhKw2LIJUY6anM  
YwhpCGkIaQhpCPOD9H5R/Trxydh/NX74p9eoo+6GD9H5R/tpk7D+av3w16j6j7oYP0fIH9OmTsP5q/fDXq  
PqPuj2NNLdcQ0jup5aWUAFOStwhCMZ/ylp/JrhQSGFbl0oTqolK7B1IJOvAAEx6tIW4tCEIKIOEBlSdSTYAd  
pOka33UkMTb3rqQtsmHJapDaQeTLCLejqMhVJGEjNBuTjWd9s18k8Q1U1iuV2s3t9lp2bm+u4efcWnj/AKa  
kga8I+oUhSRSKbTqZ5QpUpLsab/e+KMNSrAGmmdKjFF3VDvYxtVbUi36Esl8uaKv1MICZgoFCdLkefX3  
AccpK+K2liCSEqDj2CG9QqqVgNMeLNndqWePWOfozVsq2aNa0qqKxVbN0OkWWom9nHhZQQbHgLP  
Oh5xX7t1RWq9WqVT4aVOzJrcmqMoDi/CyV4fntqPiHmpRUhJwokq9+oL0uhtl506rJJBPHhG61KkvHJux  
lkJCGwAnKOAHIAAdQ5d0W07dUqLQocSntxUR0gMIS34SB7JHLxO/vKgO/06wvW5pybWpZdKiOd42Zw  
1IppzYYSgJJ6gP6xOmwFw222WUKShzIVgdjhsGFYycZz+bWKKy0pZcSo5k8xGbKGvdJbPk5gPi0TPtCMX  
2G1Nh1BcaQWcAHxPJ7FA7eWBrF00A6tB1HV1RIGWczobsb2Fok3t2zJcqUZltMoF5KXHCpYajtpHcMg  
N4LnIHzz56pb2W0Iism2oitfWhMsoWuRe/x7on7ZFPiLkto8QjxGgvkEoPENdlE8m0nJOIav8kwpdgTmJMY  
jr040htKgmXOhI+bWNxQYpS+tnwwENZUHAFL4FSgVEDPf7/i1fJaXSVhJTWFydeH9Yhcv8pSUuIUUm  
3s9d4VpRSkJStWfHgtJ7pXhKvKz8wrVuqih0mx5K0XEXhIDePEK6REabuRnK3IqluqShsZ7AAQUIZKuJG  
Qc4+PlqJUNKW62rr98Tyk6qSSb6xQr1RS25e71c8JaXEMISHAHkgOTqi8tGB5LK18j//ADNfox8AejrpHg14U  
U4nKapOVKZhanfp10n/AMuY/Lv/ANp5XW614XOM22mFEkKvJW6iJYzZHrm7xHjW5sfPmGkIaQj+uSv  
3Svh5ny+GuLDqjm56zHgEjuCQfiNcxaAknzJPfC57/Hv79LAcBaOSseMASO4JB+IONI4gST5kn4ZocaWA  
4C0Lk8TeGtKEknBz3OuLDXTjHNzprwix8+kZus9EX7Cf8AvYW79j32Ki1/s8+ySq/LXhi8xePrnyH8mer+J4  
48Dh6xjh7fLPSawSNhdOG1r+1f7YH/AB7xnxjPcN7q/inuXfbzPa3Tvk46WtrG0h8J6qf2E/2G/arLmQ8V8W  
8f8AGhd9b7IeP59zk3d83yds/DpcdIrhUoqJJOST3Jpc/h1nYADhGrZJJuTcx4yfifynSwve2sLm1r6QyfifynXM  
cQyfifynSw421jm5ta+kMn4n8p0jiAJHkSPwHGkLkcDaGTnOTn457/11xYWtbSOBm976wyfifynXNhwtpC5ve  
+sCSfMk/hOdLAcBaBJPGPPJX7pXw8z5fDXFh1Quesx/OuY4j+uSv3Svh5ny+GuLDqjm56zH865jiGkIaQhp  
CGkIaQj+8H92P8A0OvDIPN/ZP1o8LHqMMH92P8A0OmQeb+yfrQseowwf3Y/zjpkHm/sn60LHqMc/ayFlu  
GkuJ8JwRjXym615Q8AsUhl2rSPGBBBR4ENzI8iAQdQvaRVpFs/wAZ1ZPQckabNIBAI54tTTdjm47xxNu2  
J/sto4ru0XBVLcbzszNtk94CNC0h5DroPYW0Kv2REzd68Kv1bVwXjWmHpzsRRSxCaA9brlwl1ZpxUGkR  
EHyeek5UtX/AATQU4e4APyUnJ1cmHx5OS2W/wB8AkJO+OMfVWh4SmMS1STpsq2ppMzd19z71ttPjzHI  
n8kc79UUO1WvXRuNeFWuW7HICtVyciXLkHKI/hvIHGU5lgj/B4MeMA0y2cYQ1k4J7w9w3JfVpvzc955eq  
N1KRR5WjyErSpBvKxLICUp5iw1v2k3PE6GLD9gLMoVEt1E6LEK35L76ITXU8FrU2IKCUpx2SR5fR+PW  
OsUTbqpgMBzIGyQAEVnj4MZ3wJSmWZ11Bxo+MLsQDxVrxHX7kg1NcJyFLZAWSErxnHsjzUCU+yQc4  
+J7e/URVKh9KgrRRHAXkjqZuMFZ0vw7fjqfO19wVqfUmUUuhVkrPg5bX4S21Yx9w2pJDvcdU4J8/jqIV  
eRaS0tW/ShKTOIE8NOdv5xP8P1FzegFtS7gBIF+N/cOfXE9qdf0b0f0qHVLx27u+FSilPiVNmIHmmEcvtgcaZy

WkFPHzW/n31j1+hNzKt9K1Nu6j1Cb8Tx0FteMZNtIT7HtJ8ap7iU8Qog2ta1ri9omr0+7/bMXIOgQqRcbUKs  
AId+R6gyqLNUpWAhxhWD4yEnOSFZBOD8NWioU/S1OPT0up1m+hAFuUe5r8tXWSzIOht5eoBOP7tIsZt  
O7YapTTbamzzSlpOFdkUuE+OPfx8/wAp16SE0hKwkqA11t8fHZEMrNHfyFZupKhp226vgRmbt2RqbNdVK  
Xhh94Jb8LPFLbYABcVjGDnz92NVz86lolR6Y59g01PZ7xFk+xD01K2YuMh427LWj57r3T2xosPhXruoFGLq  
ZQ43F11JIEYdyppXqyXOaQrB41SRkHOcd9eT625yXswyXILGgAJJ9duHffFKUeqtTB3qTuyfKNrD2/REex  
uvY14yZEW3rnpNVnpCzCZYk5cl8SUEEypxaUvO+K2oYSSfZlXntqwNUqYVMN5hTaSTYHrGtGL8eOnc  
MIENLLcDgJQISlnkl4qPYkWv2RQvu/NTP3Nvd1Kufg3BOP6nAQUOU0pQps1ohRHhLlxJC04OMODGv1  
GbBcMqWdsZ2a4ecRu35KkyrjBwWIdmkmbcB7Qp8g9oj8dHhM4vGPNv21nFKF75moVucbaVe4UZKL8SZU  
n8ITUuhQ6wY1vrLcYMhpCGkIaQhpCGkIaQhpCGkIaQhpCGkIaQhpCPIBPYAk/AaQjzWx+5V/mn+jXFx1x  
zY9RjwQR2IIPwOuY4hg5IwcjuRjuB8SPdri4te+kIAEnABJ+AGT+TXMI88F/uVf5p/o1xcdcc2PUY8YOcYOf  
hjv+TXMcQwckYOR5j3j8I92nIhkY5sddOEeNI4hpCGkIaQhpCGkI85PxP5Tqm9H7KffHhuz5vZyfyfynT0fs  
p98N2fN+aGT8T+U6je9IPvhuz5vZsva6iN1usVtLrhCYNoXFJSFDLZelR2qIwl/P/AAKjVVBXFoPIHWPBPC  
SqppuyqsJf11qakpMaAXCnhML1BJ/w5ZV+Ubd+DFRUVPat5hXRNEI2cT1Zw14s1fXhvZpHK/VrFUPU  
nc1AvetTKVMjLwGapJplrWES3IjJU3JYjyLnluMg+I+XWHQwVA8WkhI7kgfJGqVidqFTfS0eKyKilYf7qP  
Do20PpIj9BmzfZnRkYRkX5ttL1Zr/AMsXOKWwQFBKSoBQTFs48uERcq+21AQ6PU20HPXZOLSikqW44l  
zwndJdDYKsStkj2SccPjqkaqJUuYS4spbCcyQeXf26Rf5jDTbTjG6JUtx3UAE3BtqNOHxaJZW9TxS6TAhN  
IDLbDTbPgoR4aUgISIRA/EM/j1Ap51ybmS4tQJB9bWjMdlkUSci0wgZSIIAv2cjEibDsIVN+M9MTHU284  
lhyU6ENJcOV05g9gg8QQPecDUTqNS8XJSIRJPV/a/ovb+kSin0tUxlc3fSBHleo8uchZ3Gva+tnkUeFYUS3mq  
vXGZK4T1RIXDYWwww54br8KMPEluLU2UNtoPhk4ISIAZOqKhyUjX3VIn5kolk6mhexOtrWvwsb8e6L3W  
56rYapi3aTlmp5SSAALiwGbS+pNwBw642J0e0zqs6sN15W2N1b7UG0pNQotGet6nVC16jW7dupFvGvG  
W45iWnMMq2mqU5EgomPzwlkInKLBfdQlszyZwHguW11OsTBQ4hN0uZtUnqtm2xh2n7Y9oD9RZlpinpDZ  
C928wptVjrcqv10tiB1aRxm89qv9Pd6y6g22aPdNv1tuhVyhMVf+pxaFcjEhTYqlDqjiUOSrcqCCH4xdwpPstP  
JbdBSMdIabn35mmqeE80wopS6rgscbm3Ai9vRGwrqxKyNMriZVVPE4B0BpkJ4ga+TcXF9deEWodGG8tR3  
TRT4kl1Ds8MMIW54hceWoEc8qP+L9gKOSfdrFlbpJpc+gJBIWbdg48e+Jsqcl5rD7jygFKSgkaa8hGc9dHUd  
WNmqMKfZUFFXzTISJrnL5OpEMowEJYyc/wB0akouN8U5CGIELeUkYCq6h0gVuostrVdpAuQFWPEA  
X5W+mLA1NiO+H6jWXUWlpYEm+pVc6JSOF+wkaAxTvs1U+o3cmXUNy7f2gm7uuM1O911yFMqEKTU  
3apt2Yjtz0wUYVWNUJC4zM+KtvLTseQzkw/FxjWdXcAsIp+ZE23JtFrjici9zpoR3xhRjBhITIUVKNUt+dU  
TeyUp6I7QF8La84tp6eN5Lb6tNt0SYtjG2Kvac2FGILYojFKNBrVMkxymPHfRCYWoBbLjS21/bAoKCKlQO  
sWS9GNIxrQZFU6iosPzLIJfyCHVBIvcAae2UBfSMgVWryk9hCtVSWzSRFPnV5FAgghtXDlRqL8uvlFR81  
1b0ya64oqW5NILWrJUVLXIWpSiok5yc98n46/U0y2lqXl2kjKlptCQBoAEoAAtpawFo/FRNuKemp5ai4t1xai  
SSSSokk3NybK3udY+XXrFNDSENIQ0hDSENIQ0hDSENIQ0hDSENIQ0hDSENIQ0hDSESz6FLFtPc3q62GsK+qBCui0  
bmbv1C4LfqtBi4FUp6KDW5i40tDTiVKZD0VIZwod2hnt21jTbFWalh/ZljKsUidXTqnISmdl5BAW2svMpuk  
kEXsojhz64zR4PGHqNirbLgKgV+nIqtIqU7kfl3MxQ6gMurKVZSk2GUE2I4dUditnY/0cz3VvJ6PxoF28Lzi7b  
J3KXdhaJtc05Tmd4U4NC5PXBuOMhPcsBvt87BGtGVYu25p2at7TlbtN/sU5PmqEtf8AvGfMU57+L7rJ0T9  
/m7I+nCMC+DYva+5saGx+X+zjVNFSM30/Ft2UJXu7eM73eWUOKbejWK+LQ6CtqN5/Slb67MNUFFqbEb  
PqxZeNUs625Eqlt1GE7btkM0604c5t5UinRZlfrkqRLdaW14R4z7bDrDrrbrWbaptlxLhPwdsHYqVOGpYxxQp  
yVbmn0pcKFB+bLkypBAQ4ppllKkgqBTnUhS0rSISVa00jweMH458LXaBgoSApOAMGJanXZKWWtoOJ  
MtIjBIEOXU40h5+YLjqOnPukupU2tSFosdpfTBSzem7dzb3H6MO3LK2IixqxRrZ6hoc60YdXqU2jRllmqul  
ocluV0WBUFMvIp8z1+RN8QR3J0dtMhwMYJmNoOKqThin4ykcCCfquMHFNzFDUizW02h1Qu2C8IUk6t  
m4L7W5Q1lzhpxWRJXtBK7KMEVzGNWwBU/BalKLGJtDzEriRtyWRMPLZQbOq3GWfZamCkpl3vGnXs2  
6U+2A4sM1MblDf9g2B6VtjpV3Go0bcjB0Gu9KntYNYIU4iuWvO2rq152c9VhBWz4tTiKciNvLb8NC5VM  
W4ltKFBsbLYs2rVmtedgraNQppVCxA54o24tg2LmwipNyk0Gs4VZtyyllBzENuAFRlZRpvgXYZ3hDfheo2S  
4jkk4kws2Z511EyDZ+VcpD89JlwtKbu6zmbS4pORJeaUQgJITfQ9E2I9HTXerS9ukON0g26xeVj7eQtx511vN  
E2vMp05m23G6fDbRcpmJnp+yeICXGET5juYVgo5a4zeMNucnsOpO05zae+ulVaeXIIIgf7wlxBmAvqJY3WQ  
+LqtZZV0k6cbbgSOA/BtqO1+ubGmtkEuit0OmoqTk2rP4qtpaZRQbSBNb3OPHEcUhPRVr5JMOdjfR0bM7z  
df3VIS67bTFM2E6f7rtmn0rbWhS51Jp1ZrV10KJPpGly40kSmbdjM0+rSZLTDzTk6bHbLyWPGbcyhi/bpir  
C2xfZtMSU+X8ZY0lphbs+8IDjjTUS6pDjqUqTu1PuFxtDalpUICELVIK8qk4RwJ4MuB8b+EXtcYqNLErs/wB  
ns1KoapjC3Gm5h+bazNNLcSvfJ12ksvOOpbWha1qaSHAjOk7k2tvL0ZHU1B3R0d0vo9tGhghOXIQ7V3Bh2  
3QqCq6qlYaZn2QJp9Wtt9itW+sx6bUpECU5JW5JbgfTYy7q221RXENK8IHAWCadtRmdp0zOJdEq9MSSp  
h5/wAWROFG4K230rlXgFONoebS2A2pYCC4kKUJvhSteCvtO2j1fYvKbGpKQCaM6xK1FEsXLKnHJFLhm  
Mj0sW52XzIacdYdU8tTqUfKJaWoINHXXT01RelDqTvfaOj1KZV7Vjs0i57KqFSW25VHLTuaKqVT4IVdbb  
QmRUyKpmoQ3HkoQJHyeJHBsulCdvNj+Pndo+AQriWal0y1SWXZebQ2CGxMy6sq1NgkIKHUIdqUkkoz5  
LnLc6AeEJss22QbUK7hGRmVzIHSGZqRcdILxlZIG8QhOpSIlcZVnYUsABwt7wJQF5ExC11CMJw0hDSEN  
IQ0hH94V8T/ANb+jVPI+LI98U+QdQ9kMK+J/wCt/Rpl+LI98Mg6h7IYV8T/ANb+jTL8WR74ZB1D2RsPbW  
tNUq4VQ5a0tQLkgyLdlvuZSIRkxxl+mTOZIDAqGtFgFxR7BITpIpbWJNuGDHsabO6xJSbe8qJtUJRPRGd+V  
Q5ma0NyXpdx9t1+UUG8ozRsExq1gbaRR52bKU0yrWp80ogHI1MOTKQ5e/RDUw0w4tXHdJWnnFTG8m1

VXcqDtKjLTFvOz3ZcebAeDgRVY8eQ5KgzIam0/4Q2hjKHAOwcKiewGPiSzPppFYqLU4nNLvP5s5uDZfC  
44AWPO2sfqMFNZxVg/C1Zo0xdoSbYbQjKQVtos+lfMKQ6CgAfe6npR42wgRK7bFCmvgifEnVK11XLR  
w3UYExxLyWluZK2igoKSe+Fe7GrTWHXGak+y2oblasyFA6lB4X5cQYrqMyh+nS7r7O7m27pVfiFDqv8AT  
zvG5JFM8N1HFJDQWFBQA79xntjHl/s1bib6mJE0qyUARkKlaanj7oltTCjym2m3ObzRU2Qyp0oV7A4N+0nB  
7BQPn7tY/rboQsr3Y6N/pF4yLQGVONpTmKiSLC3Hsiz+ibC2BellU2bI+SpMqmathSfW4kR4c+BUth5UIJWr  
KyAC2tC0kBV7jggVd+VUsMLLRUo3116/jhrGS3KS1MCXMxLZym1rcUqtx6jpxB05xne323VA2/anVGBaj  
9LmSIyGXaxRKYacX4LKuaozzyX0OGn8k5UIS1Ake1nGNVTdZqcwoIM0VtqFiCo2HqPdHCaZR5V0veLMI  
mEaZINpzEg+UbD0X7IrI6v7np101iqsQ7ZpjeEpjVqtRXHZry/AeDsZoy3HuEx5TqQta2xxbUeXnnU0w+z4q2  
Jne5ILF8t7214a3Otu+I7iSYeqPi8ikByWZVmKrWSD1Jtplt7Y3R6Ny6VUS6ER0cU+GoJKXAGyW20FxR4L  
BKivFAIyAeWNRjGilCYZdKvKPCJBh6mImKDNMKBVZBtwJ0oibqH2vp279IpVSTbS6zOgRpeaX4Lyk  
SfCqctBeU1GWvwphcSy14iXBgBtPEpKRqNU+dek1B2WfLaxzFrnsPZf44xzIS8miVmqZV8r0g/plcvYKvcW  
txOW41FreiOE2T2L26sVmoPuQbzteqVSnqos9ylxajS3avTVSEvv0mbPbkrUqnc0oI8NxCCWwkkgakb+LKx  
MSymFzy92TwpwtEbmsKYekJ/wCyOG6LktzQACnAFei3WDodNeH8pRWxZlCsmjvvrThs0yC/IdlojoQU  
h0htXgvzShRL0vxck8ypRV5nz11w6uaxnhdb61LH2Qp6Ovo+MouR28ePXeax3NzZwli2+7Q61SakOghISV  
eKrtOFIRw+eOtgokXk5PNeTnOTyOTn8Odfq1VYKvBQXMfidGqQD1R41xHMNIQ0hDSENIQ0hDSENI  
Q0hDSENIQ0hDSENIQ0hDSENIQ0hDSENIQ0hDSENIQ0hDSENIQ0hDSENIQ0hDSENIQ0hDSENIQ0hDSENI  
IjZblvFtkvltxGmfhdYrxBJyOGsE0pxDdNxcHVTSQn5V1UtMS24aDhVZDRcWISwACpSUAqCMYVfRbwC  
MDYUn6hi/aRWmlu1jA5ZTJqKrssJm5WdEy/ukoK1vJZbUhsIRShK1kLmRSZhWh1M+jBPVpO6o6d1I7h1z  
eG+qZGsKNSanal8CzYIMrLFct+l0mlUdraiO7AbbTTtoIbW9NXhyU+9IUrsKk4uqzm7wgxs2Z2ev4EkZPC9H  
cVOqdbmZmZsnGi8+4646aktKyrOsqCGRcJQhAFrHNdf2reCqrbDMbVJXafU5/GtbfFPSw7Iz4kkNPIYlmm  
WWRm3GggNoAK5g2UpxbpUTdON9UG6th+jy9IbbW/S4t1V63eprb64oe9cBuTAqD9IFFqto0agVyzKb6p  
HOYSqFFW/EdkOLktyZQadS4WmzW7PcN1nbdsRn8GpclpOfwBOsLpKylaA7vWpl15maczr/AMUPrCHETp  
Dakt5klOZUW3avi/Dvg3+EfTNoTjU3UKbtSp77dcbCmljcuyrLExJNbt03ZMq2pbbjyi4hTwsSsEoAwGtbje017  
nXrvtXvSeb/XFY90rrVxwun63713tt1211+ulUp6FTDbzkKpxaczNdkGDTiITEVTiGn5TkRoIN7IKHtuboFJwZ  
J7EqLI1inbphVaelKS+HGWeiFuB4Oy6nFoA3z/yq3AFKQ011V4sM9ibwcXsT1zaFUfCjxDUcP1YvzKMPy8  
5XpUtTExdZQ0ZcsTCGkOKV4vLkS7bRypcfUykhWnuizqF6CqX1C7o9UW6I9Xtptdv3BLowYFvbbXXubu  
XUE7bSrJiW29Vq9WJMKty6zc7ilVcCM5U3GYKakY8RhbTDD+pPtXwRtlmME4e2eYco0pX6ZOsleq78jL  
U+noM+mbU+GmWkriG2pdI3Z3iZdK3S3ndWFLWiInSM2leDzL7R8WbWMV1+fwvWafMLYoctUZqqVV  
wU1UiJRTz76mZ556aWN78kqbU2zvS2y2pLbSx9W0HpAenp70m+9/UzeFxT7H2kubaJe3to1mqW/cNRqFW  
IUQ7eQIUqTRqBTJcmnevJt2ryWkutl8FkNlkFt9RQOMUBFMbph8H7CWAKZIIq+JpCpiemmm32G0NjD8eWt  
KXX3Gm17kvtNqKVHMrMUBSBmjtgzwtjmy/Cqx5tRrNTcoODanRIU6Sfdlp11x5bP2LabUpmWafdb34IHnU  
BSQEIypcKXDIj0bNeku2m2X69uqO9351Uujp16g7kt+Y1d1DotUFQolRtjRIVDuhNu1SJHnSqQoTK3Fmxw  
wiY1AYksMveEWHucVbAsS4q2N7O6Qllun45wS8gyzzreR1Ew6pT0tv21ONJd6LTjS85aJziWpObOnjBXh  
UYNwT4Qm1WtuTdtV2cbQ5iXUJxhh4OMOSjeViaEs8hp9bJDr7b7eRL1ihxtCyjdOb+2+vj0RPT1vhdvVxZ  
m/VXr151sXVVqHYcOHclYiW7Vr19YXcRtW2m7LjTY0yUiZPZZbqkxwTdSebSppHBTUKrVJ8JnG2EKb  
syqmDGpOlSni7b04pTDS325XKGGPGZgzbjKkNICFqVLS7x1SEqso3CsYcrvc7OMd1rbPRdoL89Wqj407Ly  
CW5p1uWdnQrf+KS+iDL6FupccbQmbmNnyll1aSpICFo46zupOT1Y9Q17byrPL1v0aqimUS0qDKdbfmUq0rc  
iCBR26i6ytTaqo+oypkoNrW03IqTjTS1tppWrb7ZVgFvZtgikYWEyJ2b1949NPJBCHJ9Wd0oBsd2jotNIQCIIb  
SpQCiqPn/402pu7YtpFcxr4mqnSEzu2JOXWQpbUpLoDbLcKbp3rllPOhJUHljq0oUpIBMWNZFJEENIQ0hDS  
ENIR/eFfe/9b+jXhced7Ue6Ka464YV8T/1v6NLjzvaj3QuOuGFfe/8AW/o0uPO9qpdC4648jkO4UpJHkRzJsf  
sEAYUDg6RpcA3uCR2o90chQBBvwj0bwWk5c9SpG5NtMtN1B+3oTldWpwpqCKg1J+R6/EZKYVMSVzUN  
SwCslTFcaUdfFzwlNks7hXHmlpamSjjkjUHZOS6UC4MnMFTTrVIW/wDgvyXOW11Na8df0LeA54TdcnsA0  
ChYxnVSsuwtsTqiFNytRaKwptqY1OVuYbLU8gqJN37AgAiI0WtZtWnybgiUelxIwIzr1f8amJTzxZUXEq  
mZaB3KkyUJ5K8ypJyfpW6sZwopdCjyXW262nQOaGwuARA1xe49BjfxNew5MU9qepFU16tKTCykPyxJbW  
u4JN7kXsU3tYajSPv9SUUPMODCmcpTlKkIJCj7j38h7/AI69g3ZAC09MDW/XHfep3raU8FC/fGzNvKs+h7g  
y4U+GoEKGSEHJ5eSfpT8ffqE1qWBC1FOo19/zxIHC0zZwZdSggg9Xv0iy/ZerWaqWkaqa94Lgad4IDnAqU  
A4FKyeLYyPMjzVjy1h+pNZZhSdbKtCw642BpqkvSYdUM60Jvr6u744xN87WVCuURtp4vvRSg19LkhIaLJ  
JKINkKSCnIOe47DVOxLP2Kws5U8rjT1Dt5xbHqITd8ppeukudovc3seMU+9XcO16Bv6hQY9Xpb0mkIb5x1  
RQ5HituqUPAe9XVxaV39rJJ8ye+pzhpmCy5ui4y7rfjccL24d1rRYMROSylk7sBtK9bCwj++hWrMwrwluO  
NJI4p4ZKkpS0rilSfZi9nCU/T7OqDGhTvGMwunn2xe8GBTkjNoAzHKbD1Re3bE+IVWmB8VmJDZU4Ybbi  
3i14j+Sno0ErGXFLUB55AzjUFIAVgneZRew4e7+sW6ssvSU0W1SSpkj5QhluUi1s3dc29MZrEsauyUKX4ocj  
qUPEUp0rSWmlAAcgs8kjtE9/M6vCae8sZg8VopZ7gljUxX6cFhtEupl8ixzApPHgALD2emMJ3kvBdibZX/  
WnP8AB5Fu2fWXo7jZDQVPkwH6dRINrT5OfKs6nhIHfJOBkazT4N+B3Mc7eNmeGkpK5VdUIJmZTx/u0o5  
408TzsGmVn02JjXPwq8bM7NvBt2w43TMBqaRRp6WkyTa03PNeJS6QTFVUxMt8bkcRaOupjAAPcgBJpXl  
ABP4yPz6/TSTck8MxJ9ZvH4+zxNtLFRHnSOSNIQ0hDSENIQ0hDSENIQ0hDSENIQ0hDSENIQ0hDSENIQ0hDSENI  
pV0UTaXcq4bEpN6er/ZTCoopnglOxYc2nxzLM+nPq9iHUJrY8NSOzxPzgCIIlTAmEMXzFPnMS0FiszNKze





VKW6pSIKWQdY1nnXJ6ampuZUuYddsCQolWXgAlJ0PEHr0iU4nrcu9PUy10XdyNi06S2w2hIS2gDiVKHE  
mx1Osa66gKVuCbFesbaKLTyVWuiJgXDW59abpUyiWtJQtuVTISVNFaqnVGXl0cd9n1eAtxKftkxJa+kHg  
O7EsP0utS22DaLLOmUpqkuUKSLBd30zb/wB4vaiyJVQII2z0XXwHb5WbL+T3/aFbcMcV7Dc9sQ2TTDKZ  
2tpU1iKoGbS0WJQkA0uXBvdycQbzT17sy2Zi2aYJbgvtx6OXqf3YqdQo9i0Gz6tPpdPRU5rDt70mmoZhKkoiI  
cSua0hKz460p4pOQDnGNfVuu7d9n2HJdibq85NSrEwstPibrhKgkqtZBJGgJuY+KFC8FDa7iSYelqTISM0/L  
oDix4+wiySoJvdwpB6RAsCT2RuH9ps67f4h2N/Oja39fUY+6n2Ofjqb/V0z7oIH3D+338RSX60k/4kP2mzrt/iH  
Y386Nrf19Pup9jn46m/1dM+6H3D+338RSX60k/4kP2mzrt/iHY386Nrf19Pup9jn46m/wBXTPUh9w/t9/EU1+tJ  
P+JD9ps67f4h2N/Oja39fT7qfY5+Opv9XTPuh9w/t9/EU1+tJP8AiQ/abOu3+Idjfo2t/X0+6n2Ofjqb/V0z7ofcP7f  
fxFJfrST/iQ/abOu3+Idjfo2t/X0+6n2Ofjqb/V0z7ofcP7ffxFJfrST/iQ/abOu3+Idjfo2t/X0+6n2Ofjqb/AFdM+6H  
3D+338RSX60k/4kP2mzrt/iHY386Nrf19Pup9jn46m/1dM+6H3D+338RSX60k/wCJD9ps67f4h2N/Oja39fT7qf  
Y5+Opv9XTPuh9w/t9/EU1+tJP+JD9ps67f4h2N/Oja39fT7qfY5+Opv9XTPuh9w/t9/EU1+tJP+JD9ps67f4h2N/O  
ja39fT7qfY5+Opv8AV0z7ofcP7ffxFJfrST/iQ/abOu3+Idjfo2t/X0+6n2Ofjqb/V0z7ofcP7ffxFJfrST/AIkP2mzrt/  
iHY386Nrf19Pup9jn46m/1dM+6H3D+338RSX60k/4kP2mzrt/iHY386Nrf19Pup9jn46m/1dM+6H3D+338RSX  
60k/4kP2mzrt/iHY386Nrf19Pup9jn46m/wBXTPUh9w/t9/EU1+tJP+JD9ps67f4h2N/Oja39fT7qfY5+Opv9XTPu  
h9w/t9/EU1+tJP8AiQ/abOu3+Idjfo2t/X0+6n2Ofjqb/V0z7ofcP7ffxFJfrST/iQ/abOu3+Idjfo2t/X0+6n2Ofjqb/V  
0z7ofcP7ffxFJfrST/iQ/abOu3+Idjfo2t/X0+6n2Ofjqb/AFdM+6H3D+338RSX60k/4kP2mzrt/iHY386Nrf19Pup  
9jn46m/1dM+6H3D+338RSX60k/wCJD9ps67f4h2N/Oja39fT7qfY5+Opv9XTPuh9w/t9/EU1+tJP+JD9ps67f4h  
2N/Oja39fT7qfY5+Opv9XTPuh9w/t9/EU1+tJP+JD9ps67f4h2N/Oja39fT7qfY5+Opv8AV0z7ofcP7ffxFJfrST/i  
Q/abOu3+Idjfo2t/X0+6n2Ofjqb/V0z7ofcP7ffxFJfrST/AIkP2mzrt/iHY386Nrf19Pup9jn46m/1dM+6H3D+338  
RSX60k/4kP2mzrt/iHY386Nrf19Pup9jn46m/1dM+6H3D+338RSX60k/4kP2mzrt/iHY386Nrf19Pup9jn46m/w  
BXTPUh9w/t9/EU1+tJP+JD9ps67f4h2N/Oja39fT7qfY5+Opv9XTPuh9w/t9/EU1+tJP8AiQ/abOu3+Idjfo2t/X0+  
6n2Ofjqb/V0z7ofcP7ffxFJfrST/iRv3wXv3iV/oe4f9p1jJTr/AGpf3RtV6D+a5DwXv3iV/oe4f9p006/2pf3Q9B/Nc  
h4L37xK/wBD3D/tOmnX+1L+6HoP5rkaw3L3FTt/SJ0mJQqjDFciUWpV/wCQIC70iSWaJS0Ez65UHZc8GLS  
WnClKIjQtbiuSgkIStjHuOtoVPwW20z4uahU5hBcS0FshDaAbBx5aULUkLvcISE51WUq4SLmdYNwLOYt  
U6+X/ABGnS6gguzFqW45xLbKcPijQLFairKi4FiTYdRD0k3VhfO/e5tuTJzfoFsUOlw2oW2iqrWpNHtyt06r  
KVUpYhVKQDMnzGI8OUJT6CpbMhsM8W2ta24uxTOYsmpaenFpTvWzu2E6tMp6kJNrkNvbhGdZ4mwAG  
yGBsOS2GpWak5ZogIdst9YadeV+WocABohA6KQNNSSfbZd3v1UQKit555mrUxkFxaifc0pS6AoA91AEJx  
8EawzV5cNImFWutRPq6rcOuNjaA+XDKZdEpsLeqN+Mw3pMdh5lLyH2HmnQO6ApKv3CsZwf+/WOIOhp  
SwryQbRmNpgvNOFI6SPjrtG4rIv5+jS4saqOqYiPFTUoc57TLTqW57DnFI7EKA8NfkSB7s6oZthE02shWcW  
9fq+g8o7Ssr8kQQgpI/p7YnRtNuuKRENbqLpcjvH7RzdKvBdK0uJcBbwMLRwIKewxjHnqEVWkrmfKWh  
Oo0J609Xr9OnGMg0DEe7ysO3COI/4r2+bkYm9Z6rR3WoAaraWDWYodQ0+hCnXHW7kBy5cQoDy7dj3  
8yTqEzCZqRdCWSRpfu1PfgVJRurUWEKcbDnSuNSCDYcxY+i9vnjctndOtkT1xyqTPjOpKlofjREouPQEj  
4haUgK5e8HJHYnVIVzyiVdfz/KLq5WJmjtr8SUhxDvFCnFG3oJ04colDaW3Vo21Kjx1TKIKcjdXlBlQiJUII7  
h4Zjd80ng/wAc+0057nXsRM9AvzK90m97qJA06uevKiVVsR1iclSpsS2oWXkVQVg8lAHpjnzVx18Iz+7a2  
3RYCEt8ZNQmqV8noc/xDCWAUyahIaxmQG3uLbLavYU8FrcC0M+Gra3wYnH0rjuedxZiuXU5h+iOjdsapT  
NzOiktrUCCWUI6b4HIBSGxbMVDRDwnduEzs/p4wjvH9KcSV5KluTBAUqUldUKcSkjgOLOrgnRjQtyys  
gB0g666+648+4488+tx1551aluuurUVLcccUSVrJJJOSTr6gNttNtsstpzZZSEIqHlShCuiyUpSkBkUpAASK  
AAAAAR8vXnnX3XH3nVPPPkuTaqKlrWolSlrUolSIKUSVKUSVEkk3iff08/wD2135/0Fif/UUXWHNtX/  
uGkf8AjFf9AxmJyD/3grH/AIJP/XTFuWtbY2chpCGkIaQhpCGkIaQjwSB5kD39zjt7zrmXPAXji464864jmGkIa  
QhpCGkIaQhpCGkIaQhpCGkIaQhpCGkIaQhpCGkIaQhpCGkIaQjwn/7v3se+rdy/p/X0J3iPww7xv6kfO2x8z9g  
/Xh8nu/ex76t3L+n9N4j8L+8b+pCx8z9g/XjlaVRHZUgJbozM+QGXZLdPkQ6vSGAZHOXJ1Vly68r1ekAoeQ  
QkeK+ptTbZSERWMS7Rtp2tqZoNBT49ieeCMiRldDlCUEo+TSj5R9zi00TYCy1ggpSrJ+AsBN4gQ5Wq2rxL  
DsoVkk3bL5aGZzp5vk2GwCHXRqVXQgghSk1zdVe6O39k35SLWj7iop241bptSo1UqNGhPQXLThVdglIF  
nz6i44wmmPMY3PVW5LKCUsIx9sJU0t3XDFFMn6bOrGlam3UcQTad9MpS9v3GFqVozMqHyYeCBdTACp  
LSSE6WAjYzCqmKpJCYw5TnJWgSay1LqUyWkTDaRcuycQd5uc90hxYSpwgqGYdl1rb9+j6n9SNkM0qnyq  
VbPUNYFFbbtGtuMswKRuLTGsr0lKrw5IipmQmWvUpwK0wJbpbXmKtQRFS6UJBR0gdLj1ldwiRMKLb  
6yoEDnfrvz5X9cV7beWfUU02TAI2/VLQue1K25bt+WZWjKWo2PfvMcnKxRXIz5+1UuUEmVAUfntPqQ  
2pxLQWYhiSaMo3vAMwcGU9QNz1++8ZiwKyipMzLAILiFJULWubW4c/RE47IsuTVIUZ5LJW74bfioSFu  
YZKeYJBAJV3/PrC1VqYYdW2ogZCbXPEdYpP4xspRqUFoQvL5aRy4aD29kbSRs4J4ZbdZU7FkJCAHWIJ  
Qk4y4V47cisDif9GrL9sJb6SVJBT2xeftY13AQsKKDx4xsCm7J3hbTMdbKXqnQVqQtK/FE2CkEEc6Ij8R  
vsPPsNcJxTJOrKFjK7a5J0ltdBFI/hKaQgrllWQngLa++JNbrNX1Qp0ddKo1RqrYc4Ox4xSZaR51YYxiQ54fH  
JHtYtjGqKov0ucGyrSh22hzAC1/Vx9kXSizNXo6xvGFvs3ShUJ4DW1vRwHbFnu325SKdTGv1ekVelSkIT  
S0yqTukIbJWktkuKYwpIPLjt31FnWy3cMTSXgFZRIUCCeoW4nsiVTMxIT6UpWs57hTmIjsoDr142HXaJH  
JuONojMVN2E/TW07LQVMns+qkJFAWRAGPIC5sxaMfTpKCB2W4tDYUrWWcDbGse7QKIL09qgOSNO  
WtBcmHm3G2UNXBLinVJCSkDUBJKl+SgEkRgHaLtp27fNKRu5qcxMxWKqhSt1LSzrTjy3Ak5W0tIUvgl  
WhKglKOKyBGsa3Vna3UXpzqS2hSW2IsfnyTFhR0+HGj8iPbUEZUtWMrcWs91Y19bMHYVpuCsN0nDV



KTaVprYSV2AU66dXXlgffOLueeVOVANkiPjjjXF1Wx1iarYorT2eeqrhVlBulptPRaZR+Q0iw0AzKzLtdRjid  
SaltE/vR5/+0u/P+gsT/6ii6wztq/9w0j/AMYr/oGM2bDv+8FY/wDBJ/66Yty1rbGzkNIQ0hDSENIQ0hHxZpjFO  
hy50IRRGhRpEx9YBUUsRm1vvqCR84htCiB78Y13ZaW+62y2MzjqglI4XKiAPaQI8Jh5uWYemHFZW2Eq  
Wo8bJSCpRt2AGOUbsldPXz6Su492d3dtepqX017X2RdD1ubf2nQoc16JmmIisUylVZikqZcqZbpEqku1Ooz3Z  
YXlqhah08R0FpvefF1N2M7A5LDmGa/gBOPMRVeWD87MvLSFJRmLTjrRdzJbu6lxMuwyluyG8zr+c5lfNP  
AdY8IPwoari3GeF9qC9mmE6DNqlqfJsJcyrXIDzbD6WFIU5IZU0uZmZhTxLj2VmX3Y3bdxu5nUFC6S+mq  
190eox6tXDvdoW3lu7hVCxqdTqpJqd81aHTqPWArTob8imR1U124PW3spEcJZcBRHT2a1q5QMEu7Sse1H  
D2BEtSMtOvTz8iicccB3JtKW6024pKZhe8SxkRrnusarPIHdTFG0VnY9supOK9pa36nOU2XpStUnJBt11b0+8  
22y+80ha5VrdLmA45pu+gRlbBsgak2j9JNsxvBvDYmx9O273/sm9dxqTUK9av98vbWPZ1LqNDgUKqXCKy  
1lIXG49IpT8GjzRGkMR3mXnEhIWBISZNIxYLivC+GKxi5+uUWrUmhOozmfEJ9U04h5bzbG6KUsJlXc3  
UFxClpUJUrfSIbg7wnsD4zxpH/AUvhrENCrnj2XJiT+ylNbk2nJduXemQ8FGbW4ppxthwNONtrQtQtmAuR  
IXUh197OdMW5dtbR3tbW61zX1eNnqvC16VtzZbV3LrDTIQRNKhUOGyzV2pLlekT6HLQ22mMplIWhx59t  
vmpFtwHsXxRtAoFQxNSZ+m0+j0qa8VmHJ6aMsGiENOLEUS0psMtodSVKLGWSCICFKsDeNpvhD4K2W  
YppeDK3S6tVa/WpLx2VZpsmibL6S4+02whPjDbpmHXJdaUJDRbF0lbiQSRIHSZ1nbSdYVBumpbdsXTb9d  
sSrR6RelkXzSo1Huq35M1MoQJEqLCnSWXoT7tPqLaFtvFaHqc8zIaZdRxNu2lbKs9L75ynMVxcvPSdXaU7  
KTco4p2WfSjKVhKlobWFOc21KBRYpcQtClpNxdNj+2/B+2in1aaw21N02oUB5LE9IT7SGZyWwvOG1LS  
0682UOFpxKSHMMyVNRs4hBAvHjcH0svTZYG5W4m3i7b3jvCftQ9PgbgbgWLYrVw2Nbtap7zJ2ITaiistvMJ  
NZYcpyZjzDUBU5BbTJUylb6ZxRPBx7WqBQq549S6Y9iUIXISU5OFicfaWAsOIBLskGzSg+WkrU8GekU  
BRCTjjEXhf7McPyPxLhs0ytVljB28TUqjISLczlSzzalNlbnjCHE3fSqWS8ttDBfFg4WruiVVudVO2tz9MLvV  
nToV2t7Ys2Lcm4TkCVSYLd4fVrOVZFTZ+SGquuOakVUEx4TfrnBfNGXUcjjHM9s5r1P2gt7NX3pY4gX  
OS8kFpcWZXFtIBLZ3paC92A6nMrdZhrZJ55bpu1vDFU2VubYJeXnEYWap81Ui2tpoTm4ky811O6S+pkuks  
LyJ8Yyno3Wm5tH3aP0m+wm8G4G1+3dOs7fGzKhvSxU5G2Fe3A25boVqXi1SWZzkpyiVqFX5frscO02Yz4  
7bao6H2/CedaUpOZribwf8ZYWouI68/VaPVWcKqbTUGZKeL0zKlwoCQ80thrIqziV5FKCyg5kpUAbY5wZ4  
U+z/GuI8LYalaFX6FMY0S6qlzFSpiZeTnUshecy77c09vE5m1t7xCFNpcGRa0GNq9TXWttT0v1eyLPuGj39u  
DuZuQtz7CNrdRLa+yq963Haf9VVNRACmR22lipvJlrk6XpDjTojsupYfU1Hdn2ybEe0OWrFukZuSolBoIBm6  
jUZjxaUZJGblVhC1KUEWUqyQICskrWkrQFS3ptywjspnKDRalJVHEeKMTX8RpNIIRNz8wkKyZw2pxpC  
UFd0IGcuOqSsNNRDbhRyPS91j7T9Vsa8o1kRruts89uqmxSL/223FoX2M3vakuQ5LjsLqFMRMfbdjrl06oM8  
2n1qaehrZktsOcUqp9oWy3EmzhylLq7ktUqVXGy7JT8i94xJzKehKjkcKUKCglaF9JACkqCm1LTciq2Uba8Jb  
XWao3QmZykVrDtOZqFMqTAlp+TWorSnetJccQUlbbiDIWVWoWgpdQ2opB1rWPSObBUO3Opu55IJ3LNO6  
T74oNgbmlYtqjuSp1buK6qhaEB+0WIXKINWp4qtNkKdckLhrSypCw2pSuAv8tsKxpNz2AKE1MyG/wBpEo  
9O08190JQyxLImlIzPI5Lay24kJSgOgquCoAXiMTvhMbPZGmbUqrMSdUMtsin5enVQJ15crfcmZx2QbMmD  
OAOtb9leZTypdQRZQQSbRufcrqo212r6bo3VPcsK7Htt5VrWLDzUKk0uFLuv5L3CdojNBbVsx6uyx66ldww  
PWEetLYDnBbnEcopQNNfxHjxzZ1IOyyK83MzKqVouLTLbyRDxeO8S0peQhheQ7q6ujcJvpN8T7W8MY  
T2Ys7WamxOOYYfIkfOjBZaaVN7qpKl0y4LS322gsGZb3o3+VNIZVLSL4VM65dmoV9dNG3q4F8OVzqq  
WnXftq8zRku5ToFLqkBuox2rukfZAF0iaGXQlaI7UxKVouUnmcZ1dmtkOKnaRj+tpk0yeziZXKz4LzgcW42  
soUZZO4s4i4uCTrKSDbW0WJ3b3glqvbL8PGWn1z21qTanaYpLLBbbZebDiBoEzQW05Y2UlpD4CgRms  
Lxl+6XVftjtDvRs1sVdUS613hvkquj0J1LpdPk23BTR1cZjlyVKTv2Xaa0ASoKbjvgJSVK4gHVrw7s3xBibCm  
KsYU5yWTS8IbvxpDji0vr3vkBhtLS0uE8LKWjWwFz7fXzctwvvg3G+CsBVdmbVWcdB3xNxpUUs2GTZapl  
b7bjaed22nbAEqyiMY6bOt/Y/qvuzdC09oXroqS9qX4DdXr9To8Sn25Xo1WqNaptPqVqTgqq89Uqc65QpbIH  
H48UQZdacCMLwm4482RYv2b03D1SxOmXYGJA4WmW3VrfZU2hpxbcygtIS2tleSkhC3AFBQJ01s+zDbzg  
Pa9WmVofBa5qaOEFNB+YdaaRLTCXnH223ZRaX3HHG1FhagXWmSUFJy3JA1defpPemOwKhv9S7qevm  
lz+ne6KLZi0xF0CkqkXbclfqVTpsKmbex03H4lfeSKPUZD6n0wkMR Yyn3FBIXqRUrwfNoFaZwXMU5MnM  
NY4l3ppqXUhnQmWYZbbcW5PKLGVgHetoQEF0rcUEJBMRWueFTsuw7NbQ5SrKn5WZ2bzTEINILMuVz  
ky+680hqmo8bzTBG4dcWXRLpQ0guKNtIm3tzeidxbIti+UWxdlnM3TS2KzFtq+adFo92UyHMyuGmu0mFU  
ZSKZNcilp4x1PKeZTISiQil8LZRiOu0n7B1lfpBqMtVVU5xTSpiTcU7LOLTovcurQ2XEJvdOcICFFJKCpGV  
RzthmuDE1Bpde+xU5Q0VVpLyZWfaQzONIXcoEwy268lpa0WXuy4VoCglwIcCkJznVri/Q0hDSENIQ0hHV  
N+TskAUxBJIAAtmnEqJ7AAC5O5zr6El0ji6f0qv4UfOzdnzP2B9aMppjW1SqLS5N332i025aFIHrdTmV6kMU  
OEILaVLeLzKq3VnkwKcnAHshUqQ4oR4rRcKlt4gxntapdLZmKbhmeRV6+q7eZDinZeWvfkVQoDaUurB8l  
pCiknVxQSMqsnYY2bzk0W6niVk0aht2cIcAbfmEWzENpzFTaMtypxSQq2jaSo3TXJvz11U5UH+zNhXlW6B  
PZYddvGRRYK7jdxJCfVJdObqHiRrbpbSWUohwHY7robX4zyStZ1hKIS9TTPvV6enFiuvZyZm4L4U6Clxa  
FkEocKboC0ZVISSIBSLWvVbx+yVGiUmly5w515EtlfDm7fQ2boSltC0JU0FALLbgUlahaYUbg14W7tDSr4n  
zKnWiktyVUp02ZNkvVET5FZkS5D8qU7KYeaUXJK5D61P5KkrKgOwSE6sc9gSkza1uOTDsu6u5zJWV68S  
Tc6kniTrfWL3SPCHxnSi2yqUp06wnTdqlrApA0SCDoBYWsLC3VFiey9nXHQYNEtmTcCITINIM0zau46/H  
S63SqxVXAl1hXdLSp5hZlUdQIUba+KqbKmnNpUELSpMcmcNGIS7hamlPN043OtuwdfpiaU7bBL4zqbD  
M7R00SceFklpWYrmMlgW9Nc1zfh2xzW5PTTafVVTapu7txSxbvULYMqXt5uvt3IMdmo3Q9aZU65Y12  
MJU2n7MYEdXrFvVVeUzoTrbBWY5CEQXEDKneq4wQVIUCpKuYVwt6LD1xsBs/rf2JrbZcVl6QSoHyVD

TUG+o7ez1x92n2t9WICE7Hc4ulxLRkNLZecSh1TSg6y+A4iS11K0uNLHituJU2tIdSU61WxNMTEnNhh1XS  
bJFyTr6Y31w2lipyrE7LhKm3UBdk8r8iIl/R9m2SptS4La0IbbcU0EhJKuQwEJA7nyJ+gHUKNUXY66nr+LR  
N2pOXbupYCrctO6JK0Xbmt0cMSIzbZU0pIT4QUiICT7IUU9kkDGfifyW16beSor3lk8rce63rgvcrWG0oTIT1  
n0euPstK06fRZTTkCEYxBVxCKthxtQUcgvdaBHfP041USsxMup6bxKVHTXIFBPsNZLtosbW04X1+eNyyF  
SJoJwEnwULWwPalbSCXEIGCBhCPMn/JSPrZjvFKJTVUxFRaNK5nnqjMstpSNbqfUG0DTtIv1dt4htXnpag  
0StYgmCAimyrziyqwCUuSLiz1eSLp4X4coxd50yJD0IZ5uPuuuqW08IKLrinDIZ7q7q9592vv9LMJIJWwkJC  
W5NtppKR5KQ0hLYAHCwCbDThH575p8z3NTqyVuzjjqIHylFIanCSeJJza35x6te0eENIRP70ef/tLvz/oLE/8  
AqKLRDO2r/wBw0j/xiv8AoGM2bDv+8FY/8En/AK6Yty1rbGzkNIQ0hDSENIQ0hHpeZbkN0sPNocZfbcaec  
SFodacSULbWkjBQpJII94WdcpUUKStBKVJIII0IINwR2g6x5uIQ4hba0hAvgggi4IIsQRzBBIMUH0Doe9ILO  
eXtuVSuiHcTa6o7ObmVp2swaXuluP8q2fJU15iA/IgVOjPtOVOBBdRFTMhuvNVCPCYXMPvitiQnc2c2u7F  
NqFJoM1taoVRYxvVQGg0tyRzbuaSLFaUrbdQoNvLbCLtQEqZWtYamMqIKPz1puwXwidi1exPjBc8SUuYw  
NiZ4vNs1Eo30ks5ktrU2+w4jesNqDQeZW4iZQhCnpYFKG0Td6y+mLenqL6IaVsTAr9rVjeNUHald03JcFU  
m0u363cVqfJj931dE+LQXHUplVCPNeYt6k0FB4Aatsj2U4j2WbQMK4H2tTOMXZOZIML56kjdhtDj7TEzvB  
KtFCngk7tBQhZ3qrWjzL4nPG2vZZjjaTsKkcAsVGUnMaBukGbmph1bUs/MygbVOvBaWCuzrXqFtjcouFC6  
UeSMQPR1uwes7pA39EuzvsG2M6elu1t6MfLVR+X37lZta+alt2g0/5D8KbTPW7ip5DrkiOsoS6rwwUhK7p/aj  
hr+ynadqrTX2Xxf1GVO5RuQwqZk3QHnN7mQ5kYWMqULGbkM1iSLH/Ypi/+27YxtC3819gcA4bbp  
M8nfueMKmkSVRlyZdvc5XGs820QtTrasoWclwAqLPXBJ3di+Y6UIbDu2KndYbBV9VrRdx0TnLoqKmwZG  
8D9WpFaNJUJcVqXRmZ7DMiOUOMSHG3OaUJcOsi7I0YyE8HDAOnGKZz7XBWmfGFSJQJpvMKWlpxr  
efJqLbpQtSFgpUgFNiSBGJtu68aNeFxsjXs+MiMVjDz3iqaklxUi4Qa6p118s/KoDrAdbQttSFJcUhWdKQpQlh6  
P3p13h2UurqE306hataj+7nUVdsWvVa37GedkW5bsSLU67Wnz6yuM2hyZJqleeCWmvGRHjQGuUqQ+88U  
Y1217S8K4sp2CcH4IIzlvDOB5ZTLb84AH31KbZZHRCIEIQ2yLqXkK3Fqs2hCUXzB4OeoxGeBattGx7tFnZ  
R3GO0mcTMvS8iSqWl0JemJhXSyhOd12YUA2kuBpptBLzi3FhMSpfQV1u7YXF1e7cbDV/Yyfsd1XP3NVql  
ce4MitfZjbsauCvOroEOHApy0tVlbNwzqb626idCDK6ghuLKC2tZLa2zbJMqyOzGu4ykqwx7ZuJdttiRSOZ  
V9TRYAeWpawS0Cwh/dpLLufMwS43ZUYfmPB7274WqW2fDWAkjqZjAm14zTjssUi8JyWQ+Jk+LoS2g  
5X1JmXJbeqRMsmZswncO3Smb23/S1uXbPo25XSfUpFqq3Qe2T3E2+Rji1ac7agrl0vXQqmrVWF0ID4p4FY  
ieK4IfNBSvi2viOWJK1tEoM/t5a2ksImRh5NXkZ4pU0gTO5lky4cG6DpRnO6VITvbHS6hfTO1B2TYnpvgxz  
WyGzdIFyqeoVUpwW11Zk/GJxc2pol7dB YbAfrnVuSukKsIVgTAbpX9Gh1Q7N739OO4Mxey9gU7Z9usR  
NwLjt/txL6uXc6jVhyX69TVW1ddBTTLadegSDChyWaey2285LX40IKEHM20Xb7s+xThHHVfBFWrUxic  
tKkmJmSkZNinutBORzxiWe8YmAlad7/eN+pSgloZGyTgVgYpWxNquB8ebMsS0mh4flcHB9FSmJSo1Oem  
amy+pZW2JabZMrLlbKzL/wB28VQIK1vqzuhlMyOsHpQ31ubqU2O6w+m2dYFU3H2hoU2061YG5cypUq37  
ioUo3GhuRT6vT47vq0/1W7q6y6hZjgBUEqy94jK2XsWbMNP0EJDAWL9l+PWJ2WoOJ3kzLc7IjBceYeTu  
CQ40spzLzSrK0lOe/TbUnKoKTm3bRsf5VdqGAnTOf+nzeKMGMlK3afU1uNy8xLK8aGZpxAOV0tzw2t  
KlMgDduocKkFCuR6H+kreHa/drqD6meoWqWW3uv1A VOIt6zduX6hMtW0qNFnO1BTKqlUmG1z563U09  
pASHAYzTi45KkPynAz4bXdpeF8Q4bwTgHBETnNdmcW1ATU8ICZiZdUgluG0EhCAcTRjy5lOZUtoQ2Cq  
q2EbHsZ4UxhtG2n7R5ySGLdobwPiVNU4qVk2A4XSkU0JBW4VbtCQC5kQ0VKfdW6Q3qjr19FNZe61v71  
XlsTPuO195d2a9R7kqtEqu49dpG0lfrRuWHUq/VLit2LS5frMgx3axJioUHGwJ8kOsNsBR1I91vhHVXdk7hO  
l4wZYqOF8NMusNPNyDLtTza3Cm2W2H1ONZU5g026RIWthJSrIF4jtr8EeiYupuOazgGYmKRjTGEzLzTz  
D1RdZpEw+JxD0w7MsJYeUpZSp91oEqQ3MKBbS2nQb46hulvczdL0eVO6XbbkWsJcJtpslaTsmqVabFtY1  
Xb2XZT9cUmqm0h14xFT+d6uv1QKcKmwtdYUSmH4I2iULD23GZ2i1BuYncdqFXmgltPcpjdyZsMgtlx  
Kcw3yM43lk9KxVYXnu0jZLifng2yeyemuSicTs0ugyaluvLRkb2muSKpgh1LSlIBEs5ujugVEpuE3NolWV6  
LcP7V79dFW6u2VGSu3YW1dApEzqJcdve8arPubcBmjKhVKr2pCrUWS0uGqXJm8ENKpjHBxJEZJHbJlX8  
lqXxHg7axh3EE1Nzz2In3U0MCUIW0S8kp3M21MraU2rOEpTdShMLuD8oYw9h/wAEh/B2P9iGLMKSMjT  
WcKS0uvEhM/OvOTdRQ0EvPSiH0uoYKWVFKUGVRlt8kmNq+kK6DN2urveTYC4rHu2hWXZ9l0m4rcvyy  
ulipwbup9Huer001Z61IEOkut1Kcu3m6owld0mM2XJSUOEtKXqN7EdseGtmeFcaYNXpj1VqtVcYfkmQ02u  
WW7Ltl3QmVqcSW0B/drJS24QEISekBEx8I/wfsYbZMabO6lQqyxQ6NQ235aoTBecbnG2Jl5G+Mo2hpaXV  
mX3iQlBjaVKISohJJjMuhvojpurR316qLm9Ws+mbT711G2Iu0dFt2r1GoVok21bM24zFi1+JMPTKYcv1Gpwi  
ookSS494qlLz7SrXtd2t0/aPg/ZzIbyamMSUBuYVU3n2klbcmJhDGZTKkuKK05212uhsJTlAftBd9guwmq7Isf  
7W6pupKWwjipyVTSgJZ5xx5qWIXpsoTmPw0gJXunmsxDjhUvOSeZhnur6J7encDePqj3wpN02VbV+1zdm  
3t1+myrN12oSo8ebAuSo1OsU2/aXJtpxiB40Q0V6M6hE8My6YIC0LjOvpXITDnhI4Uo2FtnmEJmnTU/RpSm  
vU2vNllCFKQuXbbaXJuJmErXIVvUuJZK23CoEORbCWLvBAxtiPG+1XHspVpGmYhnnqV1bDDwfcWh  
C25t551uoMqIvIbzIUyttSQ+EvMhKhuluXvD2ikpbSNurXVvTbWpe57VPEW7m7JqkurWrMqkZSMFvaiSJ  
1Oivx4kxtCJPqzrPOiUsuMHX0tpec1DxOjDqK5UPtTmJmYw+teaVM22lqZS2oXDTyULcQVtE7veJVZ0JD  
mVBUUjFPBruLHMN0n7eJWUlcVibCJ0SLqnpRbyDILzCnG2lpQ8AHd0tF2VKLWdwJC1bL1Y4IMNIQ0hD  
SENIR05t8t2qL5aMuhFKI3pNZmMUCgyoNCPfqmOIBcqVWqdLLqqZT2Uq+3PNkusFSW2x666ylG0m  
M8Xv1RyYwxhl1TiSMs7NocWUpb1C2GSbZidQ86NAAW0EkqUNMqLSZTD0q1libEaQh0ayUppCcynLdB5  
4a5bXzNNnUmzirAJEVA7lBIX1eds/KlzXIWboXGnyIVCbKvSSxbdIqVULb86NRLYMHuej0yFCLSGG3H







tm1tPi0eL0qISXGZtAeYdtmCiNNBpbqP84rkoIPgwKtWujze+qyHrcLOu1Xp63HqL326mtPKdRSaFImPEI5LZ  
/wAHSgnCg0ELI5J1WuJdYQajItkTLzPIHNCeIB++PYNyxFMS7Ewub2fYjd3shOL39Kmlarad1CW1OeZfk  
eqIbX9t/cm21yVSyrqKhVSmzHktuhOY8+E4FJiz4DpyH4jrPtJUM8SpSD3TqUyc9L1CSS7Lq4aL4hQX1EH  
UDt9EYCrMhp3DdbnKZOIUnIboUfvkHUKSeY14kdxji+k3qOT0odXtlUvYyYqBtdviprbu80lwiDTqst8pti4Xm  
1EpCo9SfZS4588RpT4GQcarKnKqnaajKjM5LAqB52twPt+BFZszxQ3hDGpRMOqbpNcKJd0E3QlWqO7ctyI  
URmPEpvHbFBBAlIIyCDkEfeH3jUFjdwG4vHnSOYaQhpCGkIaQhpCGkIaQhpCGkIaQhpCGkIaQhpCGkI  
aQhpCGkIaQhpCGkIaQhpCGkI/PG2XrwuiwaPFdkypsyhOVGypzQc8Jtl+kSlfjbsHQwVqchLjKST2P4zrJ4AH  
CPnHOqDbrqFagEWA00sPpXaNQ74tLkjdGVHw1KC/IDknss8U9h3z2HbXqNAR1i8dZBdiT96Df0fAiJITfj  
gIa81JWewAKsgjyz/wCu+qNxSspuvKDZLiStbtwhaBoO2/GJfdBm4X2I7xUqM84ERLgi/J7qXCA1x9K8IBz25  
cT+bQnOyoAfF4s8ynczAWelkJO4cej7Lxcl7Zo13tSGipLEhTsyFds+MslPFQ8gAfx6p1IJGulv6R1DhbUk8yB  
G66K96xHQviFAIGDkd+/nqni8NHMEDhcXiL/AKQW0nbt6ON84zDan5lCs926YqEoK1h62JkepPKQkHvxp  
nrmMeXhn8A9Eu7tNkp6XXf2mK+RYRMVCSbdFm1rCLHUEg+V6Yo19FrWkRNxFtYtCjPStlRe7pWg+Dg  
HHu5DP4/MHB1XyhLtBWPx4bhFi2jpEhtT8VYSGwmUSLgccygAbdhOY93Ll8AdUew9s7wRa7c0guxqzv  
VttYVMerK3EIZhbl7LMVO16TXeDKUldQft2fbzUt1XtuxHShZV4f12eVKWZoEJzJzcdLnS1tdB8CMk4mnx  
VcNYLnnjvNyy/Kvi+odaUd2oq/KSM4FtALa3vEhfRE9QFUrZyqdPm4sh2Duz0vVhdpSIk+Qv16obZ1GXIV  
bcxS3crepb1TVLhLcwUiKqGryUNRjEkMJWAxONaszXSvbQbfc3VwA90Zf2WYjXV6CimZ4eqVFGULO  
hcY8oacQQRqVhCOXCLk6lJdITUqaUrqEZpptlThQKtEAC5FKdIHckkLZKu6V+8p9nVgDalagWBjK63m1J  
W60c6RbT0f1j+qXVE1+MzJp73GM54nzz9sbeaJ57GebzIqQhY4LScEK8sjvqqSIIQI0jS/DUX1C4y4txvOaq2h  
+DpHKsvQmmUyIvNJUhSkuvPKytJR89IKx7IBA/DnXNnVgbtrXv98dc7SEEvWBBtxBufjv4Rr1/dYFzDNV  
q7bHbVum/ZRuPe7tHTV67STVqLCotBgCp1Rn1Vx5tLs6QX2GkrSoKaQStBJ1YsUViYw9RnJ5ptDzqVXC  
VDW1hrm1AHojJuyXB1Px/icUaoOFFOUg3CTZe84hQVfq0t32MbT2f6mbXvy2rSqN9TolKuSswm1qish9y2  
3ZgCfGbp8niURXC6tPFp8gpzgrVjJi+ftptKrijATU5pNnqFjB0Og4QSOirohNgANQdQYk20TYViHB9RnvsN  
JuVqkMDO30vUoYg2UOkVG5NjppYctf76o9vLb3EsQzHJ1NolyWsHatbFWqFSp1McJSHHnaaX5r7ZbhSU  
NuDCDy5jmgpJGspSdQebbdShT0usZgUtlSFI5m4uDpyAjVfG2GpfEIIvKpX4pPyyDmcNutLHBvUg3uP  
KuOq0V9yOq3Y3ebZGRRN2N07Bs7eLaqCk0C4blrMKE/dtFiPKipoEpTK1OS6gCVoSU5GGkugp7jv9IsPV  
pipNvUSjvT0pUQCsbIdUEKve5ARoOVzpfSma1B1GI8MLp+LSmSxLhoES0wpbaBNNHoBKlZukUgZrEnri  
nLq23w2luSz2WbNv6j1i6qPWkFVKbEo6pbxLsR9tTyEVHwOKHA2HMKCgTxHfvjWXqTgDFs3maNFXLt  
uj/4mZHHS3SA09ka5VqXKGVTLT7bk3KqQQICkEpUtCbjN1dZGvCLyNr/wC6FelqzNjts6TfNA3fvLdaj2  
bR6Nd8a17Upopb9cpEJqnr1t1usVyO24JKY7bpKW1cVuqBz5mnOwDGC1NubtyUYyCUMzmqgUg62ICCLjs  
UQeuNj6lt5oMtQqazUpGcfqsuw2h8oQ1kU4IISVBSnAohVtSU3HO/E3K9FHVhb3Wr0/2zv9bNpVyx6XcdZu  
6jIty4JkGfUYb1p3HPt9brk2nANPofENt4BH+LL5aJUpsqOKsXYamcI1yaoc2+iZelQglaAQk50hXA3Ite2p7Yz  
NhPEjGLKHLVuWIVyTUyypxIbcIKhu1f7jQg2uO+2vGJaajkSWGkIaQhpCGkIaQhpCGkIaQhpCGkIaQhpC  
GkIaQhpCGkIaQhpCGkIaQhpCGkIaQj853bJxNt3hMthCmYcG8bfNRjyEpUlpq77dT4pX7WpT79JcWMHuos  
AjPHWTHQo5bdesfOJSA4gKUBq156nh23j5N2YbEuHidbUta3GfHXII4rcyyHEJWkYCUqJwQe5GNVR4cLa  
dfZHEoAzMAAggi3ZEIakFNNFpQICZCgjIUIUjzCu3btn8mqZYGU6CJk2EhOVXQB9HAx6duLjk21clCrUd  
91t2iV5iQF8gSIHjBLgznt7JV28h5680WRoT0e2LbOtZg4RqocPXHY+TXI187dWrdUUh66ff9YUF8z4jeFB  
ayPoJGPP15ErU6EmwbUeqxihWSWAsf4qDY9VrWgkbY2+qqajCbZ8UKW2jCsDB5JV/5jXiptUtIJBi6STx  
WhJ0JGh9UZFupRE13bHcOiOsesNVuw7xpC2wOfjLnW3U47bfhD55K1JHxOMA6ZE20uQfjn2aeUw9Kviw  
3S0qGnO44jmOOkdUz0dMtVOvelQ8racizX2HuSSFZYLTa0ONqOW3PEDg180qTjz1cKYM9CfSdUpePD6Y  
tG2HInavKTYPyUzIjX3quCO4XEdny5blSrbGK20PEdo9xRaq3ICCvNRKhTHKZUWfuFX2lhXGnOLI+cc  
MPLVpU3ldSUC5VYG/VaLx11IfatPyb11OB4TTdwnHNSndEDqRIUehwzWVe4iDd17vSumXerb7rNtSE5Opts  
vNWf1A0KMLUHrp2lr/g0ybXShIPjT6SjwpGXEqz6gwrOUHKdlG5yRdlHgTIXnSQbG+UDjzGnDgYveBKy  
5TcQS24cyGcs07pcfNs1h1G57Y7MG3+6dsXDRYNQp1ZjVumVemwq5Q60wsLj1ShVGK1OpkltYXxUFR  
H21ApPsk49x1DHm3kNhKW/IToSOF+Gg9A9sbTStS1wF7x0Av6oHDQadevCNW3xuwjby+EXpS3nXbOrTb  
FivFtKglVKrrikt0q5XAg4Q0pKi1IcACQE814PfVQJAhlCHLgnt+LR4mqEzKxLrSgn75Qvb0aRozqP9IZtF08  
SoFBrL0q+9w71DT9DsagSI7LrSX8NxpV5zylMUamLC1KbUrxHJCSFNt4JULTV6tJUWnzE3MOFIDKSRp  
mKiBonhpfjfsiV4SwpUsZVeRp0msoTNUbKnTqIf+JsfmiJvVRQ92OuLZux4ctqz9uazbNysbiWrPZnrbKES  
KZJhO25UUJcQtj1i140VPtoUEOMAhBGBRXCtbWjWGpyUcoJMgoFidLtiTyITYm1vbG7mENjFO2d1aUqUr  
iozFULinet7voK5m3AdvHD1xwWxIP3K2opkS09xqEH4qXmWE1qiyV1mkyvEw2FK8NtLkdKuIXxebQU/N  
U57OThRM41vFJX0mASUpVxSDrYc+JJjZmsPU6uSTczJzQZng2ELAPHT74Hyjf2WHARVn6TxBc6dtd4  
Wrt9arqtvt0oq6vQzNq06ZBhXFESli4aFEbckqbaUIJZkNoAA4yCIPZJOvr94GGNsP4z2dtUSo+TGJ8HuFCy  
7k3jss5bdOXVfgdCo3vzEfeDw08B1jDmO28SUh+Zcw5itAzMsZ0ttTjZO8bIRawVa4QO+8VhTFOtuhMjnGk  
OJ5oZdAZkqBMcqS04kLUz71KCSkFQye+tzETtM3oIJDuu5MEEpaacQpQtqSepAJsNLaxp19RK04kzE+ica  
kxqFLz5QeYKIXCRbhf0RkKpTannlyXFKeabQ6ttR9pDpIaUR8Fcrxx276pOzyX1vMocKnGUBZCrgpSokA  
WP31wdOI7oqmqWZNII7dKTLvrUlKiQoQUACo6cE21I0l4/sSkx0KccJlaQ44tKcqpFIBWojiO4yCMjzzomYt  
YHQC1+71R7Fi4sloKJ4G49cfpM+jP2ikbHdCHTf7Pj+q1mNtbQrkr7Sw2HvsgvcvXrWfH8IkeKmZXlO3Q8





qz79Ndp7rhhkw3C4gAEHkkgLBSfNOE/H3apVo3Z4hQ+PjtivkXIF11CjdY0CevIFOW39gi0Ov3qQpKG0tXp11  
P3pT0tpUkCLedNpIWUvJT5mQ8/+EgkfAV0knLTn3AbJL17eiOmM5hM1UcHzGU11ij+K2vrdqZcGfTkrknj1  
mNv741RduXvTlrdV4Tqm0rJUricrGUqSD7xjzB8uwz31WY43zebyben+REQmZXuX0heiRqdbX10APEG/Me  
iNjdXbk5Nn2TufSJEMFWqbHetV+QXpLFUZhSWHlGnJqTLweaY5oeR4aVpSrn7XvGrSuV1WIOhphCC4St  
RS2hAKuGoQACbWFzC8r2AjJ1BrtUdabQao+lqXACEB1arJJ4fKFVtdbJsns4xRNujd9ReqDrtQnS576lLpJzZ  
Lsx8KJ5FSVY1r49iP6dROoPBL27Q2Jvxt2RfTguQV4gy84RNTDiAVLcBUVEk6nXiBp6o53pgoNDv3e61G  
LmWhVdiupqtTZVNXc9fU043GbjUONLSp5pTq+breQFBI+OoNjOozUnh2amJZPywugADVkr+UesWHAa  
8+yM+7MqNTalJGlyVRIVKqWlawrQOJsehX01sb68OEdoe2tptjrqp0Gk29Uq/tzNiLcRBq9mVRpEJTaAniqoU  
GresRXG/tbmAAgnh84ZwdSJmsVNEw646y1N75RBDjZIF7m6epWmW/UTH0IbolM3CJaVaSw1JBISpKtSL  
aDu52jIGtot9LPcfmWRdtqbqUeOeUyJdlN3ApJUv08Zpa3ojzn3OUFpJJ7JA76opir0VxzdTbapRy3m5094A  
Ayi+ljc6R7opLQYyKbWHEGxAFx6L3+iPqol57iSJMqlXRbFTtoFVc5H/CX2KhHW4glCi1KiKUUhSbJGRnOP  
d5at8+zS1NBctMhbZ4KyFN+PinruOPKLPJTNSacU11qyU8r8Pi8b6243MnWRcVMcvCCapQZshtqSXWHlqZ  
U84hDa/GQkBlOe3btX9+orMMspUCiyQPjSjY/KvVKmrl2JhTc6Eqy5yFDNbS6Ra47LxZvpBpl1npv3PKhIe  
o7NJo0uhmM8ouRq0KvCcppB+7jocWfG9j5fRrYHwRZupMbfcGmlEguKfQ7rb5Mt6juUdCOBEajeEpTJUb  
Ccet1oBx5ILS0DL0StK9FAG9iDqk8QY6xCscjgg9859ie6i1IOMDKyry7fjzr7qpbW2VpWnKoaJsBYceXZHW  
7acUtpCiTa2pPG/5XO57Yti9HHYTu2DudfM2FGI9YpFqQ/FSC4kthVYnrQpaOw9uGlfH3AA6wLtsqppApV  
MQooUskq1tccrjbjqvoYo8omJoiwUG768Rp18jFt23d13DtNelV39Zkhuj162JQk015k/4PIZwnw59Jns9kyKXLI  
elxIbJHJDuUkLSLQ14fQiYQW3lZkq9JHVbt+O6R0Cs1GgVWUqskpLS5dScLuC2+Cml1AHPJKSRble4tHZ72  
X3atre7bq39w7WWtEOsR+E6nvqSqZQ6zG4t1WiTkwDEqPJ5J5YAdBU28j7W4k6iD7SmHVtL0Ug2jdSh1m  
Tr1Nl6nluZ2XxqOafjRSfdqT6xY842rryi7w0hDSENIQ0hDSENIQ0hDSENIQ0hDSENIQ0hDSENIQ0hDSE  
NIQ0hDSENIQ0hH5sF2TEmO6GcAJbKs9vnnJITn4YGsoR85EIXvQQglIA4DS9/jjEca2pEhLinsralocYIFOS4  
lp0eCSkgEghKcjHlGH3DXkrNc8bReEBfkjS2kc3AqBq9vNmuBsTCBSpinllSRVKQECM94icL4SacthYV39p  
ZGfZouEeUIqtLX0APPSORfudZROmKUFcEOKQQSfnBZHY/dDONdY4JUo3b1Hbr7o4SgTxGqcJ7xShSZb  
JSpOQFcl4KSP/XlrskkHTW8ebwQ40pKvKTqde6L3+lu83EUqnr5qWllayor5YOU8goA/M7ntrs+LJAva4vFk  
CAhalJJV6vRE8Q0xSbjhVSIg+pVZtojiu0hx0EvoWlOO2c4Ge2qA6oVc3yEAfzjkDcTDL5vewIF9D3xC+47  
SZhdct5VhtCg1Xdq7BqaHg24ll1yKidSVuIcJicOY7YKfSDn3arZYn7GupTwLx+aLbW3i7WJAC2WW1IT/  
wrcLhv1kKUBHTTSNAdaaTS59NmNKxh9ITxKvuefs8T7u5/wDXbV0pbObO2sEJtfsIliKYU1ul3yknTvt39kc  
TcVNVud00XNSghK5zdBcqsDikLWZ9EKZrCEIAOVraQ6j4kqxnVDONJbdcyg6XGpiUYbm92yHb3zJTe/D  
yuyOtzU/EdRP8XuG1hwpBByVknsR7gPh9H0aglUaUmaBT18+7+sb34Dmmn6Owq91JbTa3dHy7CSCvcOHF  
amLg1N+HJRSZniIARN8eMpwIbUcrdVHUsAYP+KzjtqN1fdJfTzW+bA3hRzJ4WHUNYybQw99mKeJZ8y  
0wtaG0rubJBPE+rjfnF9FjU7eu2acy9QK/bl9SVtspMFMw0iqSxxQvjDU7yZkOAOFOSUEr+AzrXaenaG/Mvo  
mZJUohKz0wNBBy1Fu3j2RuvISGJJNn+71FM9vAg5SelfLyObh2dsSesbqZrdkuLo1+06v2dPftHbdi1xh2OI5Q  
oFRbfd+0SSVEcS08pJHuz21C5/DEvNOOvU6fbmUOAqSAkBSeoHrP0RNKfiafl0tMVGnusLbFirNcHtHV/S  
JfUPfWciLEri4MKrUx8JaFTZLTxYdUVKcEIC0c2knz/OCrg6gU7Sp6VKmnB00HW44cxpy0jIFNm5KooQ  
6HikOX56ix11014axPyl/YHde3DVekppUtsGKQyyy0JKXm2+YSUpB5IBOQR5f7I08tQuHNCYtrq6p14gdL2S4  
pCbEuXJRa19BpY2741i1v7tnU939orysGgSWYMq4YMRmhvSURCafp8qNUoTMopz4LbzscNLc8kl1JOACR  
kfYRtEktl21LD2Makx41IU1wpdSdbKh7oKctxVu09KyQVRENsWBZnahs0xPggXnUyVQrLKS26Rc7x1W8S  
gdRcIyknQX1IjrZXxAfXWTcNUte6KNPodw0WU7EqVKnxlx5EN8OKAQQ52dYP/AAATqcodRhaSQc6/QDh  
7EtDxTRJTEOH50VcJtqEuNvJVnJC9bLT5bagVZS2tWkWJACgY/P8AYyW7XsH1uo4fxFImmVklqKHUK  
SE2AKkJcv5KkOZeg4klKiCkElJi8Togt121uni25HFkjdzy6zdmLiCIXhVF9bMNSifmpESI0Rnz8vPWsm1qec  
nsYzLRN2FO4uPPQbW7bdfAxHacohLgUCjOSbKBBsesG1u4+mN8Vm6GaUy7zUhxTJUorWserkYwFKU  
n53Y+73+esfolnHFDOMh647rmUMizdlD1fP1RL70WvVLWqV1Df3sJ8sIsrc9MymiCpwqjQ7sp8dyTQKjHU  
4seHJfbZfhrAA8VMlOEFtAMW/EEg2iXamG7Z0eV23sNPXfW0Zb2K4qeZrXQ1vFUIP6JSo+S+ApWZOtrK  
yIPWbjTq7NWohG10NIQ0hDSENIQ0hDSENIQ0hDSENIQ0hDSENIQ0hDSENIQ0hDSENIQ0hDSENIQ0hDSENI  
R+Y  
PdNwKEdaFK9vipKQIYz2Ch5/dn6fp11CPnq2m6Ogbjny10jVtJq2W3W5TfiNuKUv7ZkKbSrsUdz27dtdSoG4  
vrwjs50PK0voOfx6Y+hgPs1ssQZQESux4iY6Wva9XrVObecaU03j/h4altk+RUwB5qGvPKRqRPFYlaUtNpy5i  
jiPX641NfUP1ZyYtSQgpx7XRCILU6eSikx5n52umYDXjbl7I9kDWyRYHqjUMSQW3UEKCOLyHB9JSOq7  
D3HtoFhWgFrdkdXmCHFkaAJ1Hpi3fpFuQTqZESHO6g2kqCuPHgpJIIz2/78fRr1PSburU8B7Ij0wr5eyRISA  
Aeq9z7ouCs+Q3cFD9RWUJkxJFdivlxSVIc8ilef9vdqjIF1C2l49kDxhCgqxLZsL9XZ2d0fBdNqR6jNol4JYSm  
tW5Dk27UfKSCV0uW4ZkUOKx9sU3ODxST2T4yiME67S7xQlbf7pUQesZr8e+19foilnZQqSiaUPIEC1+eX  
kO6KqOuGQXWWWluZcCUiUrPdDhIAYfo/NqRU7/ABO8FTGOsSqAllFQzG+h42P0afFo+jpsqxlWNAblBS  
0LbXHltPsllycaWrCuxwlQ14zqUlxRy3J7IueH3yZKv++FwCOu1uPxpFGnVxYiLJu28aO60GxSLimRoYU  
RycgzHzPpq2jnCSYbrYIHuSR8cQeus7paXb6K109Xvjc/ZBWHX5ZVOUNOSkZVHUgdhMV+RqpMhzo0inv  
vR50ea05CfjuF9l0u+yWnQQUZURnv7QJT79RgpQ50XBdKtDpc69kZ6QotLS4IWRSDcEGxBGo15axZxsJ1  
huUmsw7a3CnGmTWZESJTbiaK49JmuOKQHDEtsrzTphcICCPtaiDyxnWP8AEOCETTT70eHtT7pta41NyO  
JjM2DdqMzKPy0vWnFBYUAIWYm4GgJJ5aReNZ+9VEuy3Y1LvCIQbpozBbblQ58SHUQph3CQ4RJSOef3



SMAFPbOM610qNeqFNmlp131yzzRJASSkWB4G2noMbhUfENKrEq26UpmG3LJOaygSRe8TJ2B6ftrrpwVS  
rFqPCBRUeXPPZmuGEkY5q8OG+8CyoAhIDYHzQBqD1es1BbzqJ0Fpd9VA2WbADjxOnriSok5GmBnxNI  
WuZBNgLoTqdBbQe+JA2RbKLfZetm0H5VQtuNlEfZeqs10TojjuQ7EiJeKVepjvjkd+wOodM754IQAGvXr6  
O2Jl5Pf3dJmOis1a1k8Fdh6we2No01K5BDRSpIEU8PD7EhbACTgEYKSD3HkcaoHkhDqUlpLgykHMDrmFh  
YjneKJtaXWHFpOReYFKhxTY307/ZGhup3pasDqGhIVWEt2/fcanOMUC94reJzDqWz4ESpsBJ+WaX3CVt  
OELb5FTShkjWfthPhHYv2H1OVRKzblRw5NFSJmSdKltWVYFbJvCnrsBqQR0RaMF7bfB/wXtwoM41Vpd  
FPxCwkmUqTeVM0lQHRaWbAOtAknKq9ipWWxiO0elXVYVLpm2U2puUKp25RYUBphkhdNq8CIylqJOh  
KIB9XWaeig2irivB1vxh/HtF2jtTWKaUsONzTpUphTiS624s3Uhw8AEnQLtIX96BHxS2tbIMW7Ia6vDdfZ3  
YZRnZmgFFuYyJs26i5KipY1LZUVJ++Ma7uihX9Um1Qnau87HKlFIYUUIZV8/JOe2P9mpW2uXWCopDft  
Px/SMNvS00FdMIQ6gD8eqNsbG+NtPKpFz06c43d1Ar9JuiNL8QqcMijVFmcwhHcdiWlJIGCoHA89WaqJ36  
CyNUEHXn2fFolOGZv7FT8nPNjdvS7qFaaX1HG2vaY7rG3N8Ufcqw7Rv6gSG5FHU+36XX4TjSuaEN1CK2  
+7HUoeTrL6nmVpOClbCknuNY+cQptxbaxZSDY+in8pGcan5OWnWCC1NISTJGvlC5HeDeHtEZtrpFZDSE  
NIQ0hDSENIQ0hDSENIQ0hDSENIQ0hDSENIQ0hDSENIQ0hDSENIQ0hDSENIQ0hH5VVZnu1KSICSoos+UhOcKAZ  
2yT5pwQcfTrJm87I+f6EDJcaW5cz29vohJiiFCWkpK3g3zBzxKgUk8s+7XQm5UfON47tCldcOXV8WjhRO  
kS6A/6s+GZTJZXGDBCHW5UVzk0tCk4KVD8+MHtrsV3FrR7goSQbZrddv5xhtxVNiQ0htSCkcmESmVgfb  
XWH1KbdS6oju61Ueug57hK0+7vrwZF1hQ4f1ireaXKry2ykpCuXkq56Xvx4RpMOIBUDkFI1UUnuDG5wT  
5+78muqiAsX04fRHvuyWkKSnMVXF/RfHPRbcXGTNkHKUr/BnmyUurBCRxJ5gZ7g5GMfDVakhbVkm/8A  
SInUULvYixSdfb64u326riID8OVJd5MPpQh8J7ICeKcKCR31wPLGqB4Em1tRHILKSMpJ0PF2xluU3GkKeK  
Vc4dWjKjPcQopQ64hSGHCSPiQUnv8ARg68WIFogcFdXxpWMBX9G8BSD5QPX8eyKHeu+pvQrnNh5Ich  
SPVnkqHdK2UqQokp885bOQcYOpfS0gtKdGtxb6Yw9irM19UstroqJuBx79ev0xvzTQHv7fRvtqIKfFIHYBY  
LhIBJx/3eWqeeF16DW30xfKJLZJopN1AXt6BeIp+k46eqpcGxqOqWzHW58Wbyug2FvRbsZoOTLfg3HDS  
1t3uI6pv5lG1lWJUaLmdVnwZTMP5vrGVQnEMu+W0OhRS2nierXh1+qNwtg7knNUiprUQupSDyEqQTruF  
+Qu50NzcWBKhxAEUHbcU1y5b2iw0I5s05uTVpakgkeDBaSSlcBGUo8dSQMgZPlnVtwXTXKxVWJMIKyh  
JdWOGVoA9O5NtdboglWvCM5VWYbk5NxbqgjeiyL6km400vY267d8ZFd1DeMx1SkYaUtxwYQRvWycIO  
QgkEKWrOBkjsCD3FBPyrktNvBQKfSrISOsa6XGmVbwj0ZcQplrP01OJ9Q439fp9ES26WuoW6LWUuxbnrq  
ZUF5MdFCTVnVNuOstlQfpjVTTk+MkYWwhIJCQqGKURqBYkwzKVFIU00zkmjfMnjfnfq7IyxgLHFSos0  
1JuTOaRJFhrwta3P5rR2IOiLeJijlqMCo1YTqRUINFDD0pxqoR0Oe0G3W20IMlxK0pTIKgmCMH4nWrmPcOr  
Ymw+hhRwK9IHJNtALerqVg7mDcVsk/TUtqUgZxokEX4nlyuevri1mNUabcLEeVTnXHEIbKmmYEtvoDYy  
hSi1guP5JxyNYkfQtC0hSFJN+aT1xOc6FIUpahdPIEEnssIy2z6RVKW7IkOVb6oRjIXILT7RCm/EPIoaf4+2  
MAZGe2M68phpbqsyU3SB1a9sUyXebvL/AISIEmx1Jm6lJWqoMBXq8WMhaHlJLhU6+oDCW+Z7pGQCQ  
MaoFqWFhCVEJ6tLX6+B7Ir5WXZDTinEJdULkHq+YRqfdLb6lbgUOPSCWrgpTrq6VVo4xLguhWuZDw/xr  
C/JxKgUKAyRyGdTXBePq1gGuN1SnTCnJVsuPlfzdtTYR964gFNyPvSCCDYm9rRjraXsowptZwvM0GvU  
9tU4oHxecsBMyrGymHCFAC9ipJSQoXSmt7xDS5rmRyB503bJZp7cd0tJkyR4bTymxyUtL5GA2fMcj3Hb3  
6+jGcdoWhsbyLE5S59MvNlsLflHFhLrKjyzHyx3Dtj4qbXthGN9kdWXL16lqm6E86W5WosgqYfQnjmKUq  
LL1gbtqFh5xMamndRm13rCorM+sVWU57AXbtIenKZ45C1NuYS24QckBJJ9nt31OfGT0SEhwi1h169nVxjC  
7VnFqsHdZAAdRfqP6oMxG+jd675OzjzNgXnUpVc2Ir84PwqlNZIRa7tjVpyUOPS1U95nlItmS4tCpTDZK0  
7qlSWgQXULsdakwtSplvVzQrHULaRmPZpjd2jlig1skSryiGXD96ok3HDyTpcdevG9+zVTqjBqOCJVKZMjz  
6dUYzE6DOiPNvxZcSU0l2PjvtKX2FsrUUhSSQoKBB1Go2SSUrSISTmSoAgjgQdQR3xyGkdoaQhpCGkI  
aQhpCGkIaQhpCGkIaQhpCGkIaQhpCGkIaQhpCPyjKe6t+mRqk2FKkpHBxKx1KlpVw5qHxIBOf  
wayRGg6rBZKcCdB8emMm9fh1WMrv4SgjpgPziHA4njhPYeekAAFFVtTxjUFefkUJ31GfKmnHCFBznByM  
H6FZ8+3fy16ISCTYjshJW0JHONbRqoqP61CeWs+rulxk5BT6nVFqU+kj3FL5Qoe4DPxzqgC/IShAyhP8AP  
3RJpiRYelKfONqutwblQtqCkEIR5W04cYxqQ4Ssk44pJKSO+EkncSF3Xbz8tU7hN7hVzeLjly7byEJyWKfj47  
++JWdKNdNOvBcYqATJSIfEkDmUp44/D3z9GDq4Si8yCO0/Mih2JpJUs/dIzIUAdBYak/1i9GyK140CJzDFE  
BoAZOQOHck47gY765cQd4vWluygkJSACQPFESnv6mmq0p6nTneDjSyw0QoZLf8Awak5HZYOO/x1ROo  
KrrvoBFyl3kqTlCf1HgfTFNHpRreeod+WtcPE+HdtHeVKI+YavRJCIkt9sJU7EdjuEefx1I6K6XJZaAxqTr9E  
QTF8ohM4l0tXz2HLvv7I5bpOholbeRFK5YUy4ShQKcHmpQCv3RwR5fDXLypZubkR2prYTL0KxhFvRpG  
r+rbdyfR7s7u3EjtsTqDeNsTLMvK35YS9BuG0q+4hioxnr3sLkx5SYE2K6rKosmneZKVge2KuNrXT1kDQX  
16x7IzLsYnXJPGUvJodIIJ5paXUA2zK4tnq6B48zyijPp4tq1VCDCe94xWVYmOC3GZAHFTREMiTLWnAAIU  
4WU/HLRz5jU82NURuZl61WnkFIWksNXGoFxoDwPDgI2Bx3V1sVOIU0KubharGwtqLa872N+Fo5S6rZR6  
y/hCIISpRRkAYJyME47jP+zXlJTCgXMvTcsgAAG6QDMj6wRpw60WpqDSWnl3VoQeQHvYm/p4RoK5K  
S7AcLjXJtaXEuJWlwpU5shTLjZSPZKFjII7k/RrCkw24ytSVt2TY3SRrfhx6ombTp+TU2ohwag8rdRjfe0nWh  
uFtTMhJmU2BdsWHxR6xIISKdVGkNpASA/HKms5SwScFxA7YHcjvCK1hOQrKsXFraWs3PAgdtw3RkrDG  
0Sr4bUktNpmAgaZuPXz9UXP9MfpKqjey247qkU6nhCmZNLKxKYIUnklx9UgqWnj5F178ew1hLFeyiVko  
l+XcccUkE616QePSA1198bIYH2xuVp8MTDLbLiSBYkXV2J6j3xdDsn1hUK5Kgm3rgqcCGHoKHI0tSAzsb  
UsICVtuDCFjywo5znWFqnh2dk8y8l0XI4HqufRGd5KZkqsxvg5kmUm9rg3v1WtziSUuowqzMRLp1QjTYxU  
S28wULQUhAPbgPPBH4M6hLzAQ4QtoJUOztiUS7ammg24AlRHK2o5Gw5/wAo4yrlbjCCjHiIz4qx1BW2kE



JGQIXAchy94znXOTS4N48QCFm5vm9d9ecapnu8lnmr2cDAPmPcME+7ONW5/Qm/k6+u8S2iShLYCASdd  
OOnP3xgteWQ4gpOfnY79sFOM/7dWV8km5NyCOMZeoCEiXNgE3A6hzjFGJbJR4o7qJ4kKzgJ+cSAT2HfJ1  
TZ8nDnpEmdkm3tF3CQNLfy5xubae4IzVwRUVFKQwtxCAcJAWpRGBnGF9z7vhq4yD9IFCtMxOp09EYvx  
7RiiWRPSyrhjQjmnjqddAeFz3RaPt/WmaBWrWrTkJxaFVXFUzWV4i4aVjAcWIJPFkKTx5nABOM6v4KfJBB  
I6jGHH29+0vMMrl76aer2xNi1LjQzcK56jxYeSkxO4ILfcpBgCfRT7vp13LADSxcZx6DfT4+DFqKimxve/Dt7  
r8YIPZ1zIecfQ3wQpCsIbXycIW8AftZ+475yPLB1QPMLCM1yB8/wADlHZt5aFAlFwdNRrxv1RG3qYDNjW  
tfN0R3WxFrFLmz1JLiXCzUTFUlaVoZOWIE+0ArGeJOqyWcDjakXsWUX424X06/XHq5J76YkygH+8uNt6  
A6qK7kWHE668+cdVbaUKu3dy8LrdWpbVCEoNOEYcQjUn3IzRBBwghpLpI8++T3J1JtkNPFwxfO1tfkUh  
ATcjQKfOVJueCk2uDoRytG1GMbUbCFHw+ghPjWUaaFiZDSwsTxHAnjEsnF+wUpwAACsNsk+QPI21s26  
7ckDhw+PfgNJSUyJ1B0+OfwI+NzYnzz3Ge/0Ed8fRnVKvyTF5YaKLEjQ/AjX11U9L8dzsFKAYnBwfeSEjP0  
ef06i1alEzMs8k2HyZiT05wpIAvfMOHVYeyIp3rTslEUpA+arAICvLsMfE9vz41qliCSMk/MI4AKPZ2g+m8Z  
PkXC4yIYUVC3Xfs9HCIL3I0qdcimAkgJdUhSlAgkNkYBJ8h/TqIWNr8ou6QLjr/IGzoNuzWYKXGWSHsUJ  
KHGQQ60riVlcbUkeweQBB7jPx1zqnrSD6NI9FglJsnOD6+8RPnpd3jrcdEdpcx2JwAQtINkQP9TbylIJ9XIJH3  
bbgTx+hSST2ONRfEtIlqnJLDzWZSBxFrm3XcG/sjKWz3E0zIz7cuHylIPAn28RyHp6o7D/Tz1LLJrcSHR69JIm  
NtNtNSw/799zxBYeUlfcpV9+NaqYqwm60848yMoJNh2eoco3LwxiRLiW0uOBWYAk/BiZk2sQ6rGUtL/AL  
K/DsAOJxyysnJ8xnHx7axy5LPsOAFNIDnGRETLM0L3uCOHx9EaBvRTiWiQD4qUNuK5ciseKjGCsgeQO  
MHGNXWVCC4VODNm49vHqiheASgoOraeA9XOMN1atz46hH9cT7LaVuhltISkq7NoKsfOCR/wB5zq9CS  
bUArd6Hqv74s5fUtSm7611t7D29XpjhY2yKBVaNc7DxVltmuW/dDDZCyVuW7YtbTxUk7j5QAnHbHPz  
1fKCoYVRlHgcqUvNH0hXx8GLJiCTROumpMKTmW/LupTqeJSRfj290fot2lcEa67Xtu6IQHqVyUGj3BE4q  
5j1atU2LumOKx85PhShg+/Gt0W1hxtDg4LAPrF4+cr7SmHnmF6LZUpB70kg+0Rkeu8eUNI0hDSENIrFjr  
O6WqP1ndOt+dOle3F3D2mpV/mgiXuHtLPpdF3NtkUG4KdcLMuyrhq1Nlt27WFyKa2yZiY7j9I89tAbDKgh  
HVa3K/uYbZWzwtwN27jtrvG9K1cF3S9l7cpMy9adeaK5Wr8YrV2O0Wu7cVa7KDsWpd320xacSgvroyZTqG+  
7jwUzHUwyhHZ96B+hnp59Hd01Wd0z9M1BrtG24oMmp3C/Ubunu1S+Lwui5XGZNbvG+Kk9T4frNzS0sQ  
W3ENwoUeIxAjwYsKJGitMIQim69dqrq2/Si7uSdlaF10suXF1i9Hm4VgX1UNzt56r0Q03pVqG2ttzeui27ypG  
4N/wAiyPMsDUXL0aodApFLVcdNu2RRXbbTS6XFnKaQia/plrsk2xtb0gRZE3fpFn3d1+bCWhuVbnTXcW7t  
u7vX1YFRtPdudV7Ntx3YmvU26qkZE2k0p96LSzjzbiKX4qj4bKiElkr6Oim9StK6Lds4PUku9xu829uc5RGt6  
axTb13dp+18rc29ZPT3TN9a9bc56NXN2oezD23se6pDEl556qRZZLSZE/1mQ4hfSPQZaHvN+TeoHo7crtnekEo  
HUBR296v22K++o28tzqv0o7kqesS64luf3ko13XdLsauyVb7u2HM27VtVT4TdeSvLU4FyEqFaoDqEzr/dKF  
N3ym9D9ZiWfF3XqnThS7B6jJPUISNlarKpVyuVF3Y64Y/T/AFncZqjVCLVK9030/dVxD98U2nuuh9hVMfq  
sOZQotFa0hFiXouaVvvSOLdmNvexu7T4bu7G8U3YaidQ9YfuDqJt3pfm35UpGw9B3zrUypTZk7cSPZC2QsV  
KbMrUenrp0WuSHKwxOokIq32OR1g2h6S3Z+pb22h191W46pv118WxvreiFbzXp0PS9n70n09/oSk7Z0e1q1  
KsOyLCp239Ogx5b0ilwbntpyLq711PqXMjynK17MSTka9+494wfxj3aQjzpCGkIaQhpCpyAafiQspS6lKklwY  
WoH17JPkc/N7+WsiNubxOaNHqhLplZt8NqILhuQTocdNNNOAjKjwMp9WQrSolYyrIbyM8PLtg9te2cgW  
5CKJtm6As8bge3nGH1BwjmUnJAyc9wcYpKpusn82rTMKJuL5e7vjIdAZACAVBV7jTujDKg8l3GfMBQI7+  
ZGPP398atbpJII5fTGSaewphOUWsdCe6MxfZUKf0fcoUMZyonHw+6GO5+HnqiWCCTyPx9ESdpYJZTYq  
N/o98cjb1bbjxY7iQ4iZEmoeZeQoBp3w1ow2hR+esEk9vjr1aIugHQpN/mi1ValOza5prepRJonHeDLmVcXsb  
cep0EWHWBWpFZotMhQkOOzpKAHYbLi1uFxsW4XeJPsez3OMJ76vy5uXYZL63RLtp4lfrBFuIJ8odo6o1  
9Nln35p6VZkzOzQUUhLaSVuCu9roQLkg9lglurdd+yaCxIRRqjcvdioEePSmCpiOrw20oC5s11JPERAHsAq+  
GoZUNp1ApzhlmJ1udc4XGvtjN2D/BR2i4qlk1CfSMPUpfBK8qnbC/3trpJNhrFVPUb6RrqFolcqNpNVt/bhvw  
0Safb9mNil/MiyQsJqe+ryGPHkjb4K5EKQ7jscaqWcRjQssibZe+TudAL2va8XY7C6LhWoqk6oy7PTjftVH  
Kk6+VIPEcrjjGLbMb83bM6f+oeTd9XuOvyqnfFoExNwVWuz5sRNQkzHmfUIQZpWkPQsWeSVBxeJTjjg  
mpkKju0zanXLBKb3169LDvPzxQ4twpT3qphVqQlmmXW37BCLJ0TrmVbieV+y3KMI6bqU9BsB6tS20omX  
RW6hUF4T5wo5VFgixQnBSVhavwq1sjsZpi5PC78+tsprEwVE6WU2n/BIPXmvcfegRaceTDU7iCXp4XZm  
nshAzC1nxxB42GvIcOcb9LgOUAajv2Ukggjzz2UB8NZYK0BQSVgKPK8R1tp1AOZG7PurQnUeSO6PSs8EE  
4HfA7EH49j9GiiADc2vFaEKyp05j5jGK1fdQpMeShgHuc5/J5asU2QpCgo9C9cXynJKVlSuHD2RGy+oyUx  
ZXIgfFIVj3juTg5/Cda6bQpNDUyVadJZ09IjINDcUpDjZHQtf1XvEAoyWpF9OsvIWUNuOt/bxwKiFgFSQ3k  
K7HsD56xOVJJsTpfWJIEkWJ4eg8otF2otSzlZrbjyI65Tz/guOrSUhLDYAKFOKtgZUU9sknHbtqwVSenZa  
YBbZzMGHjwHOMjYUpVMn6eozb6Q+FgWFicltT6Dbt1jfVM6Ka/WYyNwNo340+q09pTsqhqlaj1mJgOOU  
xx8gBL6wT4Cx7SXQPdqAv7SJGUmvU+psFozSsiXDqhN9NryIN79loyxK7Fjt9lqu4WnUzMXKjeFhy/y6O  
K208gUJ1T3xm+2VyrhvNDMmnyokwxJcGb4kWbS6jEdUifCno7GPMakJCVJ9+ArODnVjr8oXHEuJKZuWf  
1QsDorSeCh335ROqI8ymUcfYQtmYliEOMuHptqFgpK+1Jul6dl4s22w3Vky6czEqEhtbqGUhDxWoEcQVJS  
6pR8uQx+HWJ65REhasqAB3dsZRpFXAABPR156a/H0RtCtXQxIR6up/KsFaXGylaUnBBYr5DDHn7hjUUEk  
pshSQbi2nefR8d0SRLyeKIAJ1uTYCNA1uW01ZZeDmStTrhV89ZWrfHfOPI/m1JJZoruRoABFiefSg6KBJPX  
2xjMqV4rdGcwB4LoKScggWikDHkpIzkg6rWkhu5SQpQW36NYopl0rGVR0yOD1gx+g50PTZdr6OOlqbO  
U4uW/sftQX1PFRdK02XSGzyK++fYH4hrbqiqK6TTVG9yw1x/4BH9xKIKcQ1xKfJTNzFrf/VVEqNXOLJ  
DSENIQ0hDSENIQ0hDSEfzxTy5cRy/dY7+WPP8ABpCPQ/FjSSwZMdh8xn0So5eZbdLElpKkokNFxB8J5K

VrCVpwoBZAIBOUI+gAJAAAHAHYADAA+AHu0hHgJSDkJSD37gDPc5Pu9/v0hHzzIcWoRZECdGjzIctpbE  
mJLYakxpDDg4uMvx30KQ80pJIKVJKSDgjSEfSAEgJSAkDsABgAfAAeWkI8cU5zgAk5zgZzjGfw40hH9a  
QhpCGkIaQhpCPx5o8vxWm/BISQOfDukkJyB8B5amzT1kAAadkailmCXmVPTQ/xDlthS9zr36x6V1ELEca  
WrKws5VnAzz7n6B2Pnr08btYW7De8dncOKQwhaF9BwAjqse6PLiW3WOZ9opQrIkZ5ZB88eZ7fn1w6hLiV  
OWFk++OtKDsOnOpYKyDfTU8BrzjXMiZGZW6p3k2hIBHiEpKu/fwx92f6dWJ1WXQxmeWYdcbCm9S5qPn  
jD65VxIivKg80eEByJ9lQR5KUP8jzyfhqmcWABbVR4DrPqiQyUoWMq5hVs2gBFtRrqb9XujdG0Wz1wbjx4  
+G10mGiVFksTZA20vNqTxeTGwe5IUCMnvjPv7R6u4mpeH5RTs7MBL6tUoHE8tY17NiK2HcDYnxrVvF  
KBIqLkjkffWLNore5A4ZiAb8Rxi43ZfY+2bYjN+oRVyKkWWmpc6YtRkuhKAlbYPkygqBlx3+nWtmNto1  
ZrSyy3MmVkJZDaSScviZhlv6uEbrbK9g+DcTib8QbqdcfAlS06kKAWfKLKCVbtHUMx4cYIMxtVTZLCK  
qiNFCUNpQQLsqR2HNSSsHPu88/1h1+sPoW4sEZVDtvr1K5anq7I2OapsopKUOouhANgAAkG2htwNorg65  
fR4UzfZi17mtGpxbVuy2ZTsSRKVTzNi1WhTF+I/CfyaeSUSGnUpWy4SUg5SpBSojWRdnW1FdAz0+sJVN  
yaxdCgrVCsw4jKrTLfidTGGtquyAYzEjUaItuRqcgodJQCH0EG2oUkJIVY2IVoIwSb0VRKxs/RNj6VUajalv  
w3G361VYMGE/XrgqJOZc6qy5SeBfKi4GB4agw2UpTkDGsvTm26lJHpeRIEpCzqtZFza3AZBp6Y1spPgm1  
hNeVXa5XVTb1iGWm2cqWU3P32+OY5ifvRpbhGwbS6J6Hblu0i3I9YuMw6TEYpkaSIUAOPpJAS44kRA  
C4XOSIEYHRKz5e+YUrwuq3SqbIUuWo8k5IyPkBQVnUka2UoAC976gdWmkSKZ8ESgzz703N1OdM4+rMo  
oKUUpCuHBku2QbZose2tdGtbbjmTb10x5ZTnjDrMBTSsg9sz4HIEZ7Z8M99ZCoPh0d1aG8RYdWznNitled  
aQeaE7pIUb20zAWvrEOxgZVND8w/iJDireTmoJA59JzeHL35Cb6AaxHq6thN4racc9Zs+VUWATxiUOSx  
UmVABRCilC0rb7A9lJBHljWbaF4Q+y3ESEiWxG3KzVsymZj5NaU3AuSeidSNAb9WUybrfg+7T8POEPYe  
cn5VJyh5jpoURc6DyhcAm507Y0jUrau6M44iZalzR1tgjw1USetSj378kM48xjOT/wB2pW7jnCMYwVMYnklp  
tfV5I9HOlicGYuIHUsvYXnUK43DKjw0+P6Rpu59rtz7jZXGodgXTUJmpam2m005yOOSiePNcvw0p93kT+  
HWBsfYxod7pIrEuENHRsXqsK0BuNB0OHPURPcO4KxS80otUKZu5fRTZSU8u31dRjVNI+jY6q7sukVI  
Wrb1uRnpThH2Q3FHU8ltw+04tiltvrSIOQcKwPdnWDKjtIwfTwsTNSKjxslOp7Brx6oy3Sti+PaqUlunIbSSLIT  
g0HM2sL6e2Lnum70Xtz2wijTNYrjanUxAU+5FpbxNMVLwhTf2tQ5rAwsciB+DvrGeKNssnNSjrFcBwTYFkl  
QtcdnDsOpjNGBtgEzR5hmdr7iXUIOZTQHE8hfMeGvId8Ws23tjbFiU35MpEKNGYi4bbTGQG1rDacFS0ge1  
yIJz79a8T1Wnp54OTD13FnMfybnh6PjSNqqdTpGnS+7k2xLspGiLcNADwHZpFP3XTbFN2z3Ko1/URgRE  
37Ik0q5WGB4MddTpkKPjptw+ED7ctbCzEkLAPicGyvGNbD7JnX8RUueo847v/sX05dVj0Un73hxA9Eay7ap  
pnB1XpeIZUbhnef5ebppf1SNQ7pfQq11jTjwbLaU3AMnhxbTy5q9lQJ7lrB7eRz5eX4tS2rYTVlvd1cQLadlw  
O+IXRdoTcy4hpxYbWu9ib8gSeAtEtqbuO5W6WluFJaRIQPcdWfkueEO6nPa88gY/wDiOsXT9HRLzCuhlQ  
rs0+PgxluQxEqZl1XcZe+r54+Byty/GbUSXUMgIDZ5BJJ7qcUonCl+15f5OuqJVgItr80exnXSoKJUD8dcZGX  
TMioQkvKddBaCEoWkul5JQ03wwS6pTmEgDuSsD368ES4C1hKc2ZTYHP74+yKlcyVpNzbdNuKN+Fsvt4d  
Ufo1dMltvWd06E2rJjGHIt7aHbqkSlqhwXFfhWnSmXYy0fcLQtJSR7iMe7W1dJbUzS6e0sWWHlsHvCRGiF  
eeQ/W6u82rMh2ZeUD1guKsfTG8tXCLTDSENIQ0hDSENIQ0hDSENIQ0hDSENIQ0hDSENIQ0hDSENIQ0  
hDSEfj0echeUOhQwhCUKSP3ffiQPdkH6fLUnlXClkLQbkHu6owLXJJx5wMFshJVm9B58ezvj6vV0PsyVg4  
W82twk+aEJJIOMeXkMDv9GvVSA5nWRZS9eXEXb3J4Sa5dptouMsFLZNupQFje3G+ttI4KLX1RFuwJH2x  
WE8EjKeQpkrB/Ge+qTJaG65nriQVDDzNQW1OtDxfHDXv4XEYpflbrbtODZcWZKmyG+6jxWoDDQ  
T85fw+k+4aopsqG6tpnJv6BeJZh5xt5h9tYuqVGvedOPEy+qzqbS3ak0me6ictp5bbsEAOTJQ8keGxJc+6XxB5D  
yB7eerXOTBlpdx1BCXLHKSL2Pp/rEzotF+zDyWX3CiWJF7EpURfkg8QesiLQ9oZEVMeHHSy0lhAZbSy2n  
wm2fCSnglvj7gkj8ONa34oXMOvzDrqt8XNTm6QHhyYeHojeDAkrKU+nScrJNmVbZAFkkgrISNVnisngSe  
QEWtbeOMKYZShtCVJabU9n5xyAfM/N8hrDvV0uFXsm/CM3yOVaU2QEOAFgBawiQEzXDbLXbueWSB  
j55Ht8eQ1F3mg6CU3CYv7CitJSrUK+aPE+G3JrkJABHtpA4k5OCeQ8u5Gfwe7VvKftqNIFN9NCEv3f1iry  
g5eeU3F+vt7OyMWdteEZKHVFA755oASnkc+WB38u+T7tcl1w2uoqKeBOpjslRSsJAAzdnP+nKOYzI+GEI  
Cghf2z7I49xnvgeRx5648aWLgq4dnzR6FpKtSNT2x/a6FTx7ISjCE4Cjlee4OEGnsr6fp128bWtQzuKVfrOnp/r  
HUsJSpx4JCFEWNgAOXAco4uXb9Plk8mkcz29ppBUeKtJcinsny7eWvdE04QEoUCE2NrcDwvfj7bax5FAN  
7cToTfj2HI7IxWtB9OYWQuLHfBFam1x0EFR95KhlPb3D4aubVRmFJOR9aQNDZSu/rjw8TlJfMwlv+tKT  
9Ee+JQbWlgrk2/TR3Jz4aQMjtnB7Z7fDXmZqd8gPqW2OAUsoD1nrgJKVQbZShXWEGH2COUbjwqU5xiJ  
pYcyhAaabC2wvsrC+OQMa6uqLpBc6ahre9ceKGG0MzbYbHYAAe+Mkg1aQ14bTMh1EfAUW0kIAII7IJ/B7  
tUSiUOEj1BHHQa9UXFKgpAzJBAlOgAPPnHizZbamVOBSjyUISifNGFDBVIXn833fHXgknei48rh8dcequ  
mlCG09NzMMunRCQDck6WN7AdmukSi6V/RK7b+kVt3dO9+ouBXYe1sWz6xtrsnW7eqLtuKn7oTqpBnX  
Huvb7wyzPTQWqVcpcdmYzJp06RWKvEksuCMSjbrYZRpun0Scq0y1uRUIkNAjpkBt9/wD8Kj5JHUYOY8  
JbEMhV63SsPSr2/XREFx4pIyofXwb04rQASscOkON46xPpAvRxdSHoz92UWVu/TDXtvrhnS07Sb527AltW  
FuXTY5U96pycW4bVvyPDCTUbfLuqksFKpEJ2oU4tzVZufilm3kkt5jzHx1cY1tkqk/IOpamFnUnKsaA9nYesf  
PxjSu3d/usvMLEV3bQhKkcElpacqyk8T7ZwffgAjOsZ4goSlpcDbWvI27oztg/FFju3nUIKdLIR53ESvpNQiv1p  
MqEtbqFKAW0hQSu07wPJAQD7SvPvnH49Yvm5Z+WWW1s5Rrr8CM30+bZmWUOJdCr62Gvx80WHejx  
2Cn9SHVts5t+I8mTb1PuKddl5OLQZDEa2bUkM1uoB/ICU0hXWWEhZAKnwByJwblhalrqVWazCfks6VnR  
r2CDcjq8t8WiyY7rSaNh6bmlK3bjqFNNi9ipShlHK/Ex+gk2hDaEobSICEJCUISKJQhKRxSIKU9kpcQAAPID  
GtjAABYRpxrckm949muYQ0hDSENIQ0hDSENIQ0hDSENIQ0hDSENIQ0hDSENIQ0hDSENIQ0hH4vNGn

