



2014 год можно назвать планоуспешным

Какое определение вы можете дать прошедшему году: стабильный, успешный, удачный, хороший...?

О.С. Если без лишнего пафоса, то можно сказать: всё, что было запланировано из дел и начинаний, сделано. А запланированы были большие дела – реорганизации в Хирургической клинике и Клинике внутренних болезней (терапевтической). Изменения были как административные, так и территориальные, так сказать. Отмечу, реорганизация касалась большого количества людей.

Реакцией на уменьшение объёмов работы в Хирургической клинике, включающей в себя травмо-ортопедическое и ЛОР направления, стало уменьшение коечного состава. Стационар клиники сегодня занимает не два этажа, а полтора. Не обошлось без сокращений персонала. Причина проста – больных постепенно становится меньше. В части оптимизации лечебного дела администрация должна реагировать на жизненные реалии.

По схожим причинам в минувшем году больница покинула корпус по адресу Карья, 6. Объединение больницы в один «медицинский городок» сделало процесс организации лечебного дела более удобным. На этом моменте не будем заострять внимание – в предыдущих номерах газеты об этом писалось подробно. Замечу лишь несколько моментов, которые считаю важными. Коллеги с Карья, 6 теперь находятся в единой атмосфере со всем коллективом, перестали быть «на отшибе». Отремонтированные помещения, надеюсь, им тоже пришлось по душе. Это имеет отношение и к пациентам, так как теперь мы можем комплексно и быстрее оказывать медицинские услуги.

После переезда уменьшилось количество коек для больных туберкулёзом. Во-первых, количество таких пациентов реально уменьшилось по всей стране. В ситуации, когда в новой больнице в Пуру, в Центральной больнице Ида-Вирумаа имеются соответствующие условия, создавать дорогостоящие палаты на 15 пациентов в год было признано нецелесообразным.

На вопрос редактора газеты отвечает член правления SA Narva Haigla Олев СИЛЛАНД.



Сегодня можно сказать, что переезд большого количества персонала и пациентов прошёл успешно. Отголоски сокращения количества до нас не дошли. Если говорить о сокращениях, то они были. Повторюсь, оптимизация была вызвана объективным уменьшением количества пациентов.

К слову, в стратегии развития больницы до 2015 года мы предусматривали сокращение количества жителей города Нарва и региона, и, как следствие, уменьшение количества оказываемых медицинских услуг. Заккрытие корпуса на Карья, 6 было запланировано, что совпало с нашим пессимистичным прогнозом динамики изменения демографии города. Этой тенденцией больница управлять не может.

Инфекционное отделение теперь и территориально влилось в Клинику внутренних болезней, разместившись на первом этаже исторического корпуса. Там оборудован специальный бокс с автономной вентиляцией. Для разграничения пациентов с различными инфекциями в наступившем году из двух больших палат планируем сделать четыре отдельных.

В минувшем году в полную силу заработал новый корпус больницы, предназначенный для служб по уходу за пациентами, – заработали все

три этажа пристройки. Под конец года нагрузка была под 90% от максимальной. Сестринский коллектив службы по уходу справился с задачами успешно.

Здесь хочу отметить уровень работы персонала службы сестринского ухода. Когда сёстры выступали на 4-й конференции по вопросам хосписной помощи, организованной нашими норвежскими партнёрами, было заметно, насколько наши работники глубоко погружены в тему, насколько они понимают, воспринимают и реализовывают на практике медицинские и гуманистические принципы и подходы в своей ежедневной работе. Признаться, было приятно слышать и видеть, когда коллеги понимают, что помимо тела у пациента и его родственников есть и душа. В этом смысле, гуманистическом, как мне кажется, данное подразделение больницы является одним из самых продвинутых.

В поликлинике открыто два специализированных кабинета, где ведётся самостоятельный сестринский приём: кабинет психического здоровья детей и подростков, а также кабинет тромбоза. Замечу, кабинет тромбоза является четвёртым в Эстонии (три расположены в Таллине). Полезность этих консультативных кабинетов нарви-

тяне и жители региона, уверен, скоро осознают и почувствуют. А сегодня хотел бы ещё раз поблагодарить сестёр-работниц кабинетов, психолога и социального работника за наполегливость и энтузиазм, с которым они взялись за новое дело. Отдельная благодарность вдохновителю идеи доктору Елене Костюк за её миссионерство в Нарве в части борьбы с таким недугом, как тромбоз. Надеюсь, что нам удастся выстроить работу этого кабинета в тесном рабочем тандеме с семейными врачами.

Со своей стороны скажу, администрация больницы максимально поддержала эти проекты и идеи, организовала и профинансировала их на необходимом уровне.

Несомненно, одним из приятных моментов года было подписание коллективного договора о повышении заработной платы медицинским работникам. Хорошо, что всё обошлось без забастовок и напряжений. Для предприятия, к каковым можно отнести и больницу, любой простой – финансовый удар. В итоге в бюджете образовался дыра. Не знаю, что реально повлияло на принятие решения Больничной кассой, но средства на повышение зарплаты были найдены. К счастью, требования профсоюзов были весьма реалистичны. И государ-

ственный примиритель отметил, что требования профсоюзов врачей и сестёр, мнение Союза больниц (администраций) были едиными.

Идея понятна: нужно сохранить эстонскую медицину, медикам нужно дать надежду на сегодняшний день и будущее. Цель очевидна – приостановить отток специалистов в Финляндию и за границу (корреспондент и респондент здесь посмеялись над случайной сентенцией). Опасения администраций больниц вызывает ожидание того, что часть сумм от повышения зарплат Больничная касса так или иначе компенсирует за счёт самих же больниц.

Подводя итоги прошедшего года, можно уверенно сказать, основные помыслы и идеи материализовались.

Про наступивший год... Одни собираются-обещают что-либо бросить, другие – что-либо начать делать: спортом заняться, с семьёй чаще быть, иностранный язык выучить... Главное, чтобы хватило силы и ума, выдержки и желания выполнить планы, которые мы сами для себя наметили. Новый год – новая жизнь. Новая жизнь пусть начнётся и будет успешной как для больницы, так и для каждого члена нашего коллектива, чтобы реализовались планы как коллективные, так и личные.

С 1 июля 2015 года Больничная касса прекращает финансирование стационарного психиатрического лечения в Нарвской больнице. В связи с этим, по инициативе администрации Нарвской больницы 19 марта был проведён «круглый стол» по теме «Организация лечения нуждающихся в стационарном психиатрическом лечении пациентов г. Нарва с 01.07.2015 г.».

В работе «круглого стола» приняли участие заместитель директора Департамента здоровья Юллар Кальюмяэ, председатель правления Эстонской Больничной кассы Танель Росс, член правления Эстонской Больничной кассы Мари Матхиесен, представители Вирусного отделения Эстонской Больничной кассы Андрей Сайчук и Татьяна Шитова, вице-мэр Нарвы Татьяна Пацановская и городской врач Андрей Антонов, руководитель Нарвского отделения полиции Сергей Андреев, руководитель патрульной службы Нарвского отделения полиции Александр Урб, руководитель и замести-

«Круглый стол» по острому вопросу

тель руководителя Центра тревоги (Ida Keskus) Ян Вальтер и Диана Реммельгас. Также в числе участников встречи были коллеги из психиатрической клиники SA TÜK Ану Ярв, Елена Тарновская, со стороны SA Ahtme Haigla – Георгий Белоцерковский и Вероника Коссар. Нарвскую больницу представляло руководство больницы и старший врач психиатрического отделения Вальдур Пюкс.

Задачей встречи было обсуждение ситуации, связанной с прекращением оказания стационарной психиатрической помощи в Нарве, и принятие необходимых мер с целью организации работы различных медицинских служб, задействованных в системе оказания медицинской помощи, как нарвских, так и других. Цель – с учётом новых обстоятельств с 1 июля обе-

спечить всем нуждающимся жителям Нарвы и региона получение и доступность стационарной психиатрической помощи.

Одной из основных задач было решение вопроса «куда будут обращаться пациенты в экстренной ситуации, куда в такой ситуации пациентов будет доставлять «скорая помощь». Все участники «круглого стола» согласились с тем, что в экстренных ситуациях местом обращения по-прежнему останется ЕМО (приемное отделение) Нарвской больницы. В этом плане для пациентов ничего не меняется. Врачом ЕМО принимается решение о дальнейшем лечении пациента. В принципе, так происходит и сейчас. Только в том случае, когда становится ясно, что проблему нельзя решить силами приёмного покоя или в определенных случаях на

базе терапевтического отделения, когда пациенту требуется лечение в условиях психиатрического отделения, его отправляют в Ахтмескую больницу.

В такой форме сотрудничества с другими больницами республики нет ничего нового. Дежурные врачи и сейчас при необходимости отправляют пациентов в экстренном порядке в другие лечебные учреждения.

Если говорить о плановой стационарной психиатрической помощи, то здесь можно констатировать: сотрудничество между врачами Нарвы и Ахтме за последние годы сложилось. Более 200 нарвских пациентов ежегодно проходят лечение в Ахтме.

Амбулаторный приём психиатра при Нарвской больнице останется и будет усилен врачами, сегодня работающими в стационаре.

По окончании встречи для участников «круглого стола» была проведена экскурсия по Нарвской больнице, в ходе которой гости посетили как отделения активного лечения, диагностические службы, так и новый корпус больницы – отделение сестринской помощи.

Стрессовое недержание мочи



Заведующий
Женской клиникой
А.МИШЕНКОВ

Недержанием мочи называется состояние, при котором происходит непроизвольное подтекание мочи. Это заболевание отрицательно влияет на все стороны жизни больных, существенно ухудшая их социальную, бытовую, профессиональную и семейную адаптацию, то, что принято обозначать термином «качество жизни».

Проблемой недержания мочи занимаются врачи нескольких медицинских специальностей: урологи, неврологи, гинекологи.

У женщин наиболее распростра-

нены четыре вида недержания мочи.

Стрессовое недержание мочи: неконтролируемое выделение или небольшая утечка мочи во время кашля, чихания, смеха, при физических нагрузках, гимнастике. Характерной особенностью является отсутствие позыва к мочеиспусканию.

Гиперактивный мочевого пузыря: внезапный сильный позыв к мочеиспусканию с последующим выделением мочи. Пациент не успевает добраться до туалета, часто несколько раз за ночь приходится просыпаться с сильной необходимостью помочиться.

Смешанное недержание мочи: когда у женщины имеются симптомы и стрессового недержания, и гиперактивного мочевого пузыря.

Недержание мочи при неврологических заболеваниях /после инсульта, нарушениях иннервации и т.д./.

При каждом виде заболевания требуется определенное лечение, только в этом случае будет положительный результат.

Наиболее частой и хорошо поддающейся лечению формой недержания мочи является стрессовое. В Нарвской больнице оперативное лечение данной формы недержа-

ния мочи проводится около 10 лет, проводят операции гинекологи и урологи. В настоящее время основной метод операции – вагинальная трансобтураторная уретропексия, или операция TVT-O. В переводе на бытовой язык – поддержка мочеиспускательного канала с помощью синтетической ленты, которая устанавливается в ходе операции. Эта операция является «золотым стандартом» при лечении стрессового недержания мочи.

Пациент поступает в отделение утром натощак, никакой подготовки не требуется. Операция обычно длится 10-15 минут, выписка утром следующего дня.

В гинекологическом отделении нашей больницы с 2008 г. по февраль 2015 г. сделано 182 операции по поводу недержания мочи. То есть мы имеем уже достаточный опыт и можем подвести некоторые итоги. У подавляющего большинства пациентов операция дала положительный эффект. Конечно, это не панацея, особенно у пациентов с несколькими видами недержания мочи, имеющимися одновременно. Поэтому отбор перед операцией обязателен. Предложите пациентке ответить на такие вопросы:



Экспресс-диагностика типов недержания мочи

1 Бывают ли внезапные трудноудерживаемые позывы к мочеиспусканию?	Да	Нет
2 Мочитесь ли вы более 8 раз в сутки?	Да	Нет
3 Встаете ли вы ночью, чтобы помочиться?	Да	Нет
4 Связано ли недержание с кашлем, чиханием, смехом, бегом, поднятием тяжести?	Нет	Да
5 Усиливается ли позыв при шуме падающей воды или контакте с водой?	Да	Нет
6 Можете ли вы остановить выделение мочи при начавшемся недержании?	Нет	Да
7 Количество теряемой мочи	Обильное	Небольшое
Кол-во ответов в столбце		

Каждый ответ «да» или «нет» равен 1 баллу.
Суммируйте баллы в каждом столбце.

Тип недержания	Гиперактивн. пузырь	Смешанное	Стрессовое
	7/0 6/1 5/2	4/3 3/4 2/5	1/6 0/7

Если соотношение баллов от 3/4 до 0/7, то операция показана. Она не только повысит самооценку пациента, но избавит его от «комплексов», позволит вернуть утраченные жизненные радости, способности и возможности. Стоимость операции 759 евро, но застрахованным в Больничной кассе пациентам она проводится бесплатно. Пациентов следует направлять для консультации к урологам или гинекологам. Обследование перед операцией проводится в обычном порядке.

Приёмный покой примет всех, но...

Больничная касса в последнее время стала более активно проверять обоснованность оказания неотложной медицинской услуги незастрахованным в Больничной кассе пациентам.

В Нарве, в частности, был замечен рост оказания таких услуг. Одна из причин – увеличение количества иностранцев, приехавших работать в город. Разумно, что человек может болеть или получать травмы не только живя дома. Если он заболел, хочет выздороветь и вернуться к труду, необходимо обратиться за помощью к врачу. Возникают вопросы: куда и к какому врачу обратиться, надо ли платить и сколько. Как оказалось, есть над чем задуматься не только гостям города, но и жителям Эстонии.

Существует разница между неотложной помощью и не являющейся таковой. Неотложной помощью является помощь, не оказание которой может привести к смерти или к устойчивому увечью.

Оказание первой неотложной помощи является обязательством абсолютно всех медицинских учреждений страны. По закону, любой человек, находящийся на территории Эстонии, вне зависимости от наличия медицинской страховки имеет право получить такую помощь (оплачивается только стандартная плата за приём).

После последней проверки Нарвской больницы Больничной кассой было получено предписание с требованием возврата несколько уже оплаченных счетов. Больничная касса считает, что оказанные услуги не подходят под категорию неотложных, хотя люди пришли с жалобами на здоровье или состоянии в приёмный покой, где их обследовали, поставили предполагаемый ди-

агноз, оказали необходимую медицинскую помощь. В итоге больница должна вернуть кассе полученные за оказанные услуги деньги, так как оказание данной услуги не подходит под данную категорию.

Был случай, когда пациентка не совсем в адекватном состоянии пришла с жалобой на нарушение ритма менструального цикла и попросила врачей определить у неё наличие беременности. Это, конечно, неординарный случай, но показательный.

Или приходят пациенты после длительного запоя с жалобой «мне плохо». Делаются осмотр, кардиограмма, анализы, ставится диагноз, к примеру, алкогольного абстинентного синдрома. Такие случаи не являются неотложными, если не обнаружены сердечная недостаточность, аритмия, почечная недостаточность и т.п. Идти нужно к психиатру, который имеет набор средств помощи в подобных случаях. Безусловно, незастрахованный пациент должен заплатить за визит к врачу по преискуртанту Больничной кассы.

Понятно, что в любом случае врач должен отреагировать на жалобу пациента, обследовать, при необходимости оказать помощь, дать рекомендации по дальнейшему пути лечения. Если врач убеждён, что тревоги необоснованны либо не носят экстренного характера, но пациент настаивает на обследовании и оказании ему медицинских услуг «на полную катушку», пациент должен быть готов к тому, что ему предложат оплатить данные услуги по преискуртанту Больничной кассы: хочешь



получить услугу – плати.

Не случайно разговор начал с темы иностранных рабочих. Терапевт приёмного покоя должен оказать помощь в рамках экстренности, как написано выше, абсолютно всем и бесплатно. Если экстренность оказалась под сомнением, пациентом должны заниматься личные (семейные) врачи, и не принципиально, где он находится – в Португалии или на проспекте Героев в Нарве.

Для иностранцев, имеющих необходимую страховку, медицинская помощь может быть оказана, но на основании оплаты, которую впоследствии ему компенсируют дома. Работник и его работодатель в Эстонии должны быть к этому готовы.

Такая же система распространяется и на жителей Эстонии, выезжающих за рубеж, к примеру, на отдых, временное жительство или работу. Подробную информацию можно найти на сайте Больничной кассы в Интернете. Всё зависит от наличия страховки в Больничной кассе, а также формы страховки в страховой компании. Оказание плановой медицинской услуги за границей – отдельная тема разговора.

Для незастрахованных жителей

Эстонии действует тот же принцип, лишь с одним отличием – им никто плату за лечение не компенсирует, за исключением случаев неотложной помощи.

Напоминаем, в приёмном покое не лечат. Здесь могут поставить предварительный диагноз, дать направление на приём к врачу-специалисту. Если пациент по оценке состояния и показаниям оказывается в стационаре на койке, его лечащим врачом до момента выписки становится врач больницы.

Для поддержания состояния здоровья до визита к своему семейному врачу или специалисту в приёмном покое могут выписать рецепт на лекарственные препараты.

В Нарвской больнице решение об экстренности помощи определяет врач ЭМО Клиники экстренной медицины или врачи других специальностей. В случае сомнения в части неотложности оказания помощи врач должен предупредить посетителя о том, что медицинские услуги, вероятно, придётся оплатить на месте.

Медицинский персонал осознаёт эмоциональную составляющую данной ситуации – человеку плохо, он переживает за своё состояние. Но в

медицине существуют строгие финансовые правила, которым строго должен следовать персонал и медицинские учреждения – кто, когда и за что должен заплатить. Если конкретный вид медслужбы не оплачивается Больничной кассой или государством, то за неё должен заплатить сам пациент. Существуют услуги как с частичной, так и со 100-процентной оплатой пациентом.

Если у вас попросили за медслужбу деньги, не перекладывайте свои негативные эмоции на персонал больницы. Персонал строго следует действующим в стране правилам. Врач не может выставить счёт Больничной кассе за оказанную вам медслужбу, зная, что это противоречит правилам и договору с кассой. Значит, больница должна выполнить работу бесплатно, понеся прямые и косвенные убытки...

Нередки случаи, когда пациенты не хотят идти к семейному врачу, ждать очереди на обследование и/или на приём к специалисту, а вместо этого напрямую обращаются в приёмный покой. Пациентам стоит знать, что все посещения врачей, результаты обследований, поставленные диагнозы и выписанные вам рецепты за последние 10 лет врачу больницы доступны для ознакомления благодаря единой республиканской электронной базе данных. Каждое ваше обращение к любому врачу в Эстонии в базе зафиксировано, равно как и повод обращения.

В следующем номере газеты читателям будет предоставлена информация о том, как самостоятельно можно познакомиться со своими историями болезни, результатами обследований, диагнозами, выписанными рецептами.

Медицина – не искусство, а наука

Именно с этого тезиса начался разговор о современной медицине с ведущим кардиологом Нарвы Надеждой Лютер. Сложно уговорить человека, находящегося в постоянном рабочем напряжении, отвлечься на время, порассуждать хоть и на профессиональные, но всё-таки общие темы. Системность и структурированность мышления (а значит, и деятельности) невольно повлияли на содержание и тезисную стилистику материала, предложенного доктором Лютер.

Как лечить

Клинические рекомендации (руководство) – периодическое положение, помогающее практикующему врачу и пациенту принять правильное решение, касающееся его здоровья. Рекомендации **не имеют формальной юридической силы**, являясь инструментом, помогающим врачу сделать **оптимальный терапевтический выбор**. Тем не менее они могут использоваться при решении вопросов о правильности выбранного лечения в случае проверки и аудита, в том числе в суде.

К сожалению, во всём мире, включая Эстонию, существует большой разрыв между существующими рекомендациями и реальной клинической практикой. По моему мнению, причинами такого положения дел могут являться следующие моменты:

- врачи не знают об их существовании или не верят им (такое возможно при недостаточном или упущенном врачебном образовании);
- врачи считают, что они **перегружены** рекомендациями (может возникнуть при перегрузках на работе и надеждой на собственный опыт, который, естественно, не может соответствовать мировому);
- врачи полагаются на **личный опыт и интуицию** (ошибочно полагают, что они всё знают);
- на принимаемые врачом решения влияют экономические и социальные факторы (это уже проблема государства и населения).

Кто виноват и что делать

Мы не умеем заботиться о себе, лечим себя всевозможными, а чаще всего неправильными методами и тем самым наносим вред здоровью.

XXI век – эпоха медицинского прогресса. Не секрет, что медицина всегда была бизнесом. Половина лекарств и методов лечения – это обман. Приведу пример из жизни. Дело было в России. Стояла за лекарством в очереди. Каким было моё удивление, когда увидела, как передо мной люди пачками покупают за приличные деньги разные пищевые добавки от головной боли, от давления, от болей в сердце и т.п. При



РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС КАРДИОЛОГОВ 2014
24–26 сентября, Казань

этом аптекари охотно давали советы. А я как врач знала, что всё это – бесполезные траты.

На практике дела обстоят так: идём к врачу, нам выписывают лекарство; затем другой доктор говорит, что нам была прописана ерунда, правильнее надо другое лекарство; а третий врач говорит, что два предыдущих – идиоты, так как благодаря этим лекарствам вы посадите печень и нужно другое. И так везде. Сколько врачей, столько и мнений. А что делать, если жизнь под угрозой? От того и складывается недоверие к врачам.

Проблема не в таблетках, или не только в них, а в нас самих!

- Мы не готовы:
- хотя бы 1 час в день заниматься физкультурой
 - бросить курить
 - отказаться от алкоголя
 - не готовы идти на профосмотр
 - не готовы пересмотреть свой рацион питания.

Мы хотим волшебную таблетку, которая решит все наши проблемы и побыстрее: в стиле «чтобы такое съезть, чтобы похудеть?».

Стандарты в медицине

Начнём с понятий: медицина есть наука, а не искусство. Да, раньше медицина была искусством, сейчас же она – **точная наука**. Чтобы лучше лечить людей, необходимы обязательные к исполнению стандарты.

В цивилизованном медицинском мире лечат по стандартам, но это не означает, что всех пациентов оди-

наково. Стандарты могут и должны, с одной стороны, защитить пациента от необразованного врача, с другой – обеспечить получение минимальной адекватной медицинской помощи.

Нельзя опираться на интуицию. Врачи – не боги. Во врачебном деле надо опираться на клиническо-исследовательские данные. В западных странах отступ от стандарта – повод для судебных разбирательств. Если врач лечил по стандарту (1, 2, 3, 4, 5... шаги соблюдал), но пациент умер, то претензий к нему быть не может, так как сделал всё, что смог. Лучшим подтверждением правильности такого подхода является средняя продолжительность жизни в этих странах. И качество жизни в итоге тоже другое. К примеру, в США благодаря многолетней стандартизированной терапии пошла вниз кривая сердечно-сосудистых заболеваний, инфарктов и смертей. Сегодня там средний возраст – 80 лет. У нас после 60-ти умирают, а там женятся, и в 80 лет стригут лужайку у дома и путешествуют по миру.

ОНИ и МЫ

На первый взгляд может показаться, что применение стандартов приводит к бездушному отношению к пациенту. Однако результат таков: там, где применяются стандарты, болезнь лечат хорошо.

Собирательный образ американского врача:

- суховат в общении

- никогда не пожалеет пациента (в отличие от нашего)

- всегда говорит правду, т.к. не видит смысла в обмане

- никогда не уделяет больному более 15 минут, если в этом нет конкретной необходимости

- может разговаривать жёстко и, возможно, не ответит на дополнительные вопросы, если сочтёт всё уже сказанным.

Наш врач подержит за руку, утешит, поговорит, пообещает. Но, скорее всего, это хороший социальный работник, а не врач. Бесконечные мутурные и бесполезные разговоры мешают работе и лечению.

Там – прагматический холодный подход без каких-либо сантиментов, т.к. врачебное время дорого и его нельзя терять на пространные беседы.

Теперь про людей. При СССР государство заботилось о здоровье людей, планоно их обследовало, организовывало профилактории и санатории. В итоге многие люди стали инфантильными и ленивыми в части отношения к своему здоровью. Вместо того чтобы заботиться о своём здоровье, мы хотим быть здоровыми и счастливыми без труда и напряжения, а так не бывает.

Врач и непрерывное обучение

Считаю, что врач обязан быть всегда в курсе всего нового и передового, постоянно учиться, повышать свой уровень. Информа-

ция поступает непрерывно. Учитывая нагрузку на врача, читать и вникать приходится в личное время. Это – всепоглощающая жизнь в своей профессии. А как иначе?

В мире активно ведутся клинические испытания новых препаратов, вводятся новые методы исследований, анализ и результаты которых дают врачу очень многое. Новое порой преворачивает наши привычные представления о лечении.

Наблюдения и примеры из жизни

13% смертей в мире происходит от инфаркта миокарда. Хирурги могут только исправлять ситуацию, а главное – нужно хорошо лечить и лечиться. О чём речь, если только 23% пациентов после перенесённого инфаркта через полгода продолжают принимать препараты! Проблема в низкой приверженности пациентов к приёму препаратов. Причиной этому могут служить как недостаточная образованность пациентов, так и непрофессионализм врачей.

Американский врач Аланн Чамберлейн сказал: «Всё ещё можно умереть от инфаркта, но с учётом проводимых мероприятий сделать это всё труднее».

Лекарства не помогают тем, кто их не принимает. Ни один пациент не приходит к врачу с мотивацией пожизненно принимать какой-либо препарат. В ходе бесед нужно выявлять факторы риска, мотивировать пациента сохранить свою жизнь. Мы, врачи, должны работать как радары: объект обнаружен – объект обезврежен.

Участие в международном конгрессе

Осенью 2014 года в Казани прошёл Всероссийский кардиологический конгресс, в котором приняло участие 3930 человек. Руководил работой съезда академик Е.В.Шляхто (президент Российского кардиологического общества). Участниками были министр Скворцова, светила и корифеи российской кардиологии и хирургии, в том числе Лео Бокерия, кардиологи, представляющие 14 стран.

Участниками конгресса мирового уровня были и кардиологи Нарвской больницы Надежда Лютер и Ольга Аверина. Автора статьи в основном интересовали темы клинических рекомендаций по лечению и исследованию кардиологических больных, стандартов в современной медицине.

Социсследование по проблеме СПИДа

В одном из предыдущих номеров газеты получили развёрнутую информацию о работе анонимного кабинета по тестированию на ВИЧ (вирус иммунодефицита человека). Своими знаниями и опытом тогда поделились работники Нарвской больницы Вера Егорова, сестра анонимного кабинета, и Наталья Метелица, сестра кабинета инфекционного контроля.

В этом материале мы познакомим вас с некоторыми итогами общереспубликанского исследования в среде больных СПИДом, в котором участвовали и нарвляне. Респонденты на добровольной основе три раза за год самостоятельно заполняли обширные опросники.

Третье по счёту по данной теме исследование проводил Институт развития здоровья Эстонии за счёт средств структурного фонда ЕС. Этапность исследовательской работы позволит специалистам узнать, как меняется контин-

гент больных, их проблемы, самооценку больного и его отношение к окружающим и т.д.

Важность и полезность полученной статистики и сделанных выводов и оценок покажет время. Для примера приведём несколько моментов, ставших известными благодаря исследованию:

- среди инфицированных курящих табак в 2 раза больше, чем в популяции в целом; процент употребляющих алкоголь также выше среднего;
- при сравнении регионов, где

проводится лечение больных, Нярва заняла первое место по количеству ВИЧ-инфицированных, имеющих статус инвалида; к примеру в Таллинне таковых было 15%, а у нас – 27%, в Кохтла-Ярве этот показатель где-то посередине;

- при сравнении двух путей получения инфекции (половым путём и с помощью введения наркотика шприцем) оказалось, что у вторых (колющихся наркоманов) уровень образования ниже, а алкоголизма и курения – выше.



УЗНАЕМ БОЛЕЕ ПОДРОБНО О ВОЗМОЖНОСТЯХ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ В СТАЦИОНАРЕ

Восстановительное лечение в стационаре, в части финансирования, существует двух видов: полностью оплачиваемое Больничной кассой и оплачиваемое с участием пациента.

Восстановительное лечение классифицируется на интенсивное восстановительное лечение, восстановительное лечение и поддерживающее восстановительное лечение.

Стационарное восстановительное лечение - это не просто восстановительный период после какого-либо заболевания. Это - активное лечение для пациентов с определенными патологиями определенной степени тяжести.

Интенсивное восстановительное лечение (intensiivne funktsioone taastav taastusravi) проводится в течение первых шести месяцев продолжительностью в 21 сутки.

Категории пациентов, подпадающие под интенсивное восстановительное лечение:

- тяжёлое нарушение функций (парез) плюс минимум ещё 2 нарушения, к примеру, глотание, речь, мочеиспускание и т.п.;

- среднее нарушение функций (парез) плюс минимум ещё 2 нарушения.

При черепно-мозговых и спинальных травмах, когда состояние пациента соответствует вышеописанному, услуга оказывается в течение первых 18 месяцев объёмом до 3 курсов по 21 дню каждый.

Интенсивное восстановительное лечение полностью оплачивает

Более двух лет назад Больничная касса на основании рекомендаций отраслевых профессиональных союзов врачей Эстонии внесла коррективы в процесс организации восстановительного лечения в стационаре.

В результате нововведений увеличился круг лиц, попадающих на восстановительное лечение за счёт средств Больничной кассы. Расскажем, как картина выглядит на сегодняшний день.

Больничная касса. На лечение может направить любой врач.

Восстановительное лечение (funktsioone taastav taastusravi) проводится в течение первых шести месяцев продолжительностью в 14 суток.

Категории пациентов, подпадающие под восстановительное лечение:

- тяжёлое нарушение функций (парез);

- среднее нарушение функций (парез).

Восстановительное лечение полностью оплачивает Больничная касса. На лечение может направить любой врач.

Обращаем внимание на то, что в течение первых шести месяцев нельзя использовать и интенсивное восстановительное лечение, и восстановительное лечение со 100% оплатой Больничной кассой. Воз-

можно воспользоваться только одним видом услуги.

Поддерживающее восстановительное лечение (funktsioone toetav taastusravi) проводится в течение 10 суток. Данное лечение может проводиться и после интенсивного и восстановительного лечения.

Под поддерживающее восстановительное лечение подпадают пациенты с хроническими заболеваниями с существенными нарушениями

функций или функций, к примеру, дыхательных, двигательных, с проблемами суставов, сердечными нарушениями, и требующие стационарного лечения. Решение о необходимости и возможности стационарного лечения определяет врач восстановительного лечения.

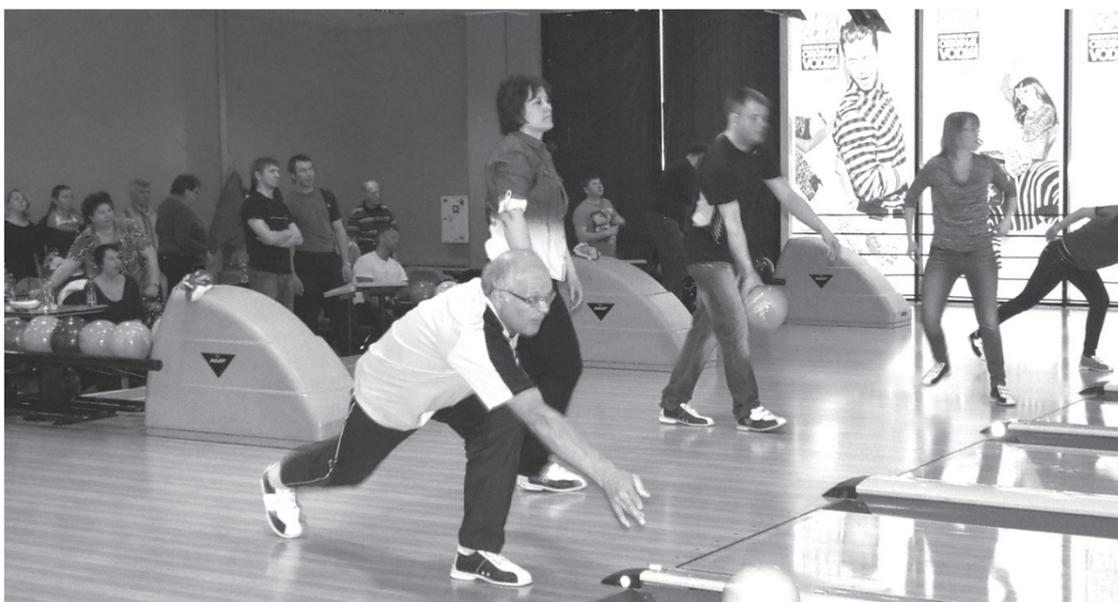
Поддерживающее восстановительное лечение Больничная касса оплачивает в размере 80%, соответственно, участие пациента - 20%. Исключением являются дети до 19 лет, которым БК полностью оплачивает данную услугу. На данный вид лечения направить может только врач восстановительного лечения.

Необходимо знать, что расчёт пребывания на койке стационара при всех видах восстановительного лечения производится посуточно. К примеру, если пациент поступил в понедельник днём или утром, а выписался в пятницу, то количество лечебных суток составит 4.

Незастрахованные пациенты оплачивают 100% пребывания в стационаре при всех видах восстановительного лечения.

Также надо знать следующее: только на основании оценки состояния пациента врачом восстановительного лечения определяется тактика ведения восстановительного лечения: вид восстановительного лечения и его форма (стационарная или амбулаторная). Соответственно, в стационар пациент может попасть только по направлению врача восстановительного лечения.

ТУРНИР БОЛЬНИЦЫ ПО БОУЛИНГУ



13 мая завершился командный турнир по боулингу, организованный администрацией Нарвской больницы в боулинг-клубе VomVe.

В соревнованиях приняло участие 42 команды из всех отделений и служб больницы. В каждой команде было по 4 участника. Вместе с запасными соревновалось около 200 спортсменов. Все игры проходили в упорной борьбе, команды показали высокие спортивные ре-

зультаты, в зале царил атмосфера дружбы, взаимной поддержки и хорошего настроения.

В финал вышли 8 лучших команд, которые в личной борьбе определили победителей. Ими стали:

1-е МЕСТО - команда «Диета» в составе В.Гаврилова, Н.Кукушкина,

М.Педаеяса, А.Беяева.

2-е МЕСТО - команда «Стетоскоп» в составе В.Бабкова, Ю.Пома, М.Керик, О.Зерновой.

3-е МЕСТО - команда «Медикамент-2015» в составе О.Тогатовой, А.Мишенкова, Н.Палкина, О.Силланда.



Лучшей женской командой турнира стала команда «Витамин» (ЕМО) в составе Е.Васильевой, Е.Соловьёвой, Е.Жариковой, В.Жуковской, показавшая лучший результат среди женских команд в полуфинальной игре турнира.

Команды-участники финальных соревнований получили дипломы, победители турнира награждены личными призами.

Успешному проведению турнира способствовала чёткая работа оргкомитета в составе зав. отделом персонала Р.Альмовой, старшей сестры Хирургической клиники Г.Пашиной и главной сестры больницы Е.Зеленюк. Организаторам турнира администрацией больницы объявлена официальная благодарность.

Александр МИШЕНКОВ



Заказчик SA Narva Haigla

Издатель: Alex Petuhov Media Production

Tel.: +372 5511548. Fax: + 372 3568228.

E-mail: leht@narvahaigla.ee