

NARVA HAIGLA

Газета Sihtasutus Narva Haigla • №4 (22) декабрь 2011

Häid Jõulupühi
ja Head Uut Aastat!



SA NARVA HAIGLA

Уважаемые коллеги!

Примите мои поздравления с Рождеством и Новым годом! По традиции, в канун Нового года мы вспоминаем события уходящего, а Новый год связываем с надеждами на будущее. 2011 год был интересным и сложным годом. Он потребовал от каждого из нас вклада в общее дело, кропотливой работы. 2012 год будет насыщен по своему. Надеюсь, что профессионализм, взаимопонимание и сплоченность нашего коллектива помогут решить задачи 2012 года.

Согласно народному поверью, есть минуты, когда пожелания, высказанные вслух, исполняются. Это - первые минуты Нового года, когда мы смотрим в будущее с затаёнными надеждами и желаниями. Так пусть же исполнятся все наши желания, произойдёт всё хорошее, вдохновляющее и прекрасное.

Спасибо за взаимопонимание, терпение и сотрудничество. Поздравляю с наступающим Новым годом и Рождеством! Пусть вера в хорошее не иссякнет и каждый день будет плодотворным в вашей работе. Здоровья, счастья и успехов вам и вашим близким в Новом году!



Олев Силланд,

член правления Целевого учреждения «Нарвская больница»

Застоя в мозгах иметь не позволено



Елена Зеленюк. Главная сестра Нарвской больницы

Процесс обучения, повышения квалификации, совершенствования не имеет ни начала, ни конца. Данное расхожее определение распространяется и на медицинских сестёр Нарвской больницы. Сёстрам в нашей стране рекомендовано проходить постоянное обучение в объёме 60 часов в год, что составляет порядка 7-8 учебных дней за год. Пожелание благородное, но сложно выполнимое. По моему убеждению, реальный объём - в пределах 40 часов.

Только за осень 2011 года наши сёстры приняли участие в 23-х обучающих курсах и проектах с общим количеством участников 264 человека. Много это или мало - не знаю. Думаю, для четырех месяцев это неплохо (в больнице работает 278 сестёр).

В основном обучение проходит на базе Таллиннской и Тартуской высших школ здоровья, а также на базе учебных центров крупных республиканских клиник. В Таллинне мы бываем чаще, так как там нам чаще предлагают лекции на русском языке. В последнее время имеет место тенденция к увеличению участия нарвских сестёр на курсах с эстонским языком преподавания. Это - хороший показатель. Уже не боясь ездить.

Обучение проходит как по универсальным тематикам, так и по узкоспециальным. Один обучающий курс имеет длительность от одного до пяти дней. По возможно-

сти курсы организовываются и на месте в больнице. Это удобно и менее накладно. Однако не всегда удаётся по разным причинам.

Недавно на базе больницы прошли два обучающих модуля терапевтического профиля продолжительностью по 2 дня. В них приняли участие 27 и 31 сестра соответственно. Проблема в одном - с каждым годом найти преподавателей, читающих лекции на русском языке, становится всё сложнее и сложнее.

Вопрос пользы и целесообразности от участия в курсах. Специальных опросов и исследований на эту тему мы не проводили. Но со-

цинскую сестру лет 10 назад и сегодня, нарисовать некие обобщённые её портреты «вчера-сегодня», то мы увидим очень разные картины. С 2001 года сёстры изначально получают высшее сестринское образование. И те коллеги, которые работают в медицине много лет, в плане профессионального интеллекта, если так можно выразиться, значительно выросли. Можно, конечно, по рельсам на старых дрожжах...

Сёстры, ориентированные на обучение, профессиональное совершенствование, выгоднее отличаются по сравнению с теми, кото-

ставать от коллег, наступит момент, когда «группу лидеров», как в спорте, догнать будет уже невозможно. А в спину дышат молодые с высшим образованием... Должно прийти осознание того, что обучение - процесс постоянный, что всё это нужно, в первую очередь, себе самой, а не государству, больнице, врачам и пациентам. Без понимания данного момента будущее может выглядеть туманным. Новое знание базируется на фундаменте предыдущих знаний. «Провал» в знаниях сегодня влечёт за собой новые, более глубокие «ямы» завтра. В чём отличие «продвинутой» сестры? Они по-

можность выбрать профильные курсы, согласовать соответствующее ходатайство со старшей сестрой клиники или отделения. Срок - 15 января. Далее главная сестра больницы составляет план учёбы на год, подготавливает его для утверждения руководством больницы. Такая строгость регламента процедуры связана с необходимостью последующего согласования с обучающими центрами (формирование групп, графиков и т.п.). Это организационно-финансовая работа.

Строгий контроль над обучающей активностью сестёр никто не ведёт, хотя статистика у старших сестёр имеется. За низкую активность ещё никого не уволили. Во многих больницах республики существует система подтверждения компетенции сестёр. В Нарвской больнице такая процедура пока не введена, но планируется. Законом такие требования каждая больница вольна разрабатывать сама. Сегодня не существует жёстких нормативов, спускаемых сверху, талмуда, где всё расписано. Существуют общие требования. Однако если внутренние правила приняты и они обоснованы, то на уровне учреждения они приобретают правовую силу.

Как руководитель медицинских сестёр в Нарвской больнице в преддверии нового года хочу обратиться к коллегам с такими словами: обучение - дело важное, и не стоит его игнорировать; насколько много вы получите нового материала, новых знаний или освежите старые, настолько же повысится ваша самооценка. Повышая самооценку, вы станете больше уважать самих себя, станете более уверенными в правоте и правильности своих действий. Поверьте, это дорого стоит! Мне бы очень хотелось, чтобы и в новом году отношение сестёр к учёбе продолжало быть внимательным и продуманным. Только обучение поможет повысить ваш качество, а в результате - позволит подняться в глазах коллег, пациентов и, самое главное, в своих глазах.



гласитесь, знаний много не бывает. По неформальной обратной связи я знаю, что многие остались довольными, отмечали, что узнали немало нового и полезного.

Медицина - прикладная наука, и не стоит на месте. Как следствие, появляются новые видения и приёмы, новые формы ведения документации, меняются подходы - многое и постоянно меняется. Формируются новые требования к сёстрам. С опытом вчерашнего дня здесь далеко не уедешь. Поэтому обучение не есть акция, это - процесс. Даже если захочешь, застоя в мозгах тебе иметь не позволят.

К примеру, если сравнить меди-

ры ничего не хотят делать. Здесь речь как раз о так называемом качестве сестры. Это не потрогаешь и в карман не положишь. Но есть индикаторы. Маркер 1 - мнение пациентов, маркер 2 - оценка коллег, маркер 3 - отношение врачей. Не секрет, что врачам с одной сестрой приятно работать, а с другой менее. В этом и проявляется общий интеллект сестры - она более востребована и к ней другое отношение окружающих.

Здесь заложен конфликт, который с каждым годом будет обостряться. Если сестра не желает или ленится расти в профессиональном плане, с каждым годом будет всё более от-

другому относиться к работе, более осмысленно и, как следствие, более организованно.

Обучение оплачивается администрацией больницы. Расходы включают оплату участия, проезда и проживания, а также сохранение средней заработной платы. Каждое отделение или клиника имеют свой учебный бюджет. Формируется он из количества сестёр и норматива в 160 евро на сестру в год. Норматив для сестёр по уходу за пациентами - 32 евро.

В начале года на основании планов учебных центров составляется общий список обучающихся программ. Каждая сестра имеет воз-



В ноябре уролог Нарвской больницы Сергей Луц прошёл пятидневное обучение у своих коллег в профильном отделении Северо-Эстонской региональной больницы. Если предыдущие курсы повышения квалификации имели больше теоретический характер (разбор историй болезней пациентов, подготовка к операциям), то последние были ориентированы на приобретение практических навыков в части присутствия на самих операциях.

Своими впечатлениями, наблюдениями и выводами делится Сергей Луц.

Мне, действительно, было очень интересно побывать у коллег и посмотреть на то, как наши коллеги делают операции самой высо-

Обучение на рабочем месте – это интересно и полезно

кой степени сложности. Я получил возможность своими глазами увидеть разные операции различного уровня сложности, на которые сам посылаю нарвитян в Таллинн или Тарту. Важно было увидеть, что и как делают доктора, в связи с этим узнать и понять самому, какие дальнейшие предпосылки могут возникнуть в ходе послеоперационного лечения больных уже по месту жительства.

Данное обучение предусматривало участие в эндоскопических и лапароскопических операциях на почках и мочеточниках. Также я посмотрел на операции при онкологических заболеваниях органов мочевыводящей системы (удаление предстательной железы, мочевого пузыря и почки).

Проведение таких операций сосредоточено в крупных клиникских больницах городов Таллинн и Тарту, где для этого имеется соответствующая сложная аппаратура, созданы специализированные центры для лечения профильных онко-

больных и больных со сложной урологической патологией.

Для непосвящённых в медицину людей напомним, что уролог занимается почками, мочевым пузырём, мочеточниками, предстательной железой, половыми органами – мочеполовой системой человека. Частью этих органов занимаются и другие врачи. Уролог занимается лечением и операциями мочеполовых органов.

Подобная выездная учёба, однозначно, полезна для практикующего уролога. Мне было интересно побывать и на операциях, которые сам провожу в Нарвской больнице. К примеру, познакомиться с последними методиками проведения операций эндоскопическим способом (закрытым способом) при мочекаменной болезни.

Если оценивать самих себя, так сказать, как мы себя позиционируем, то со всей уверенностью могу сказать следующее: с позиции общей больницы мы работаем в Нарве на достаточно хорошем уровне, рас-



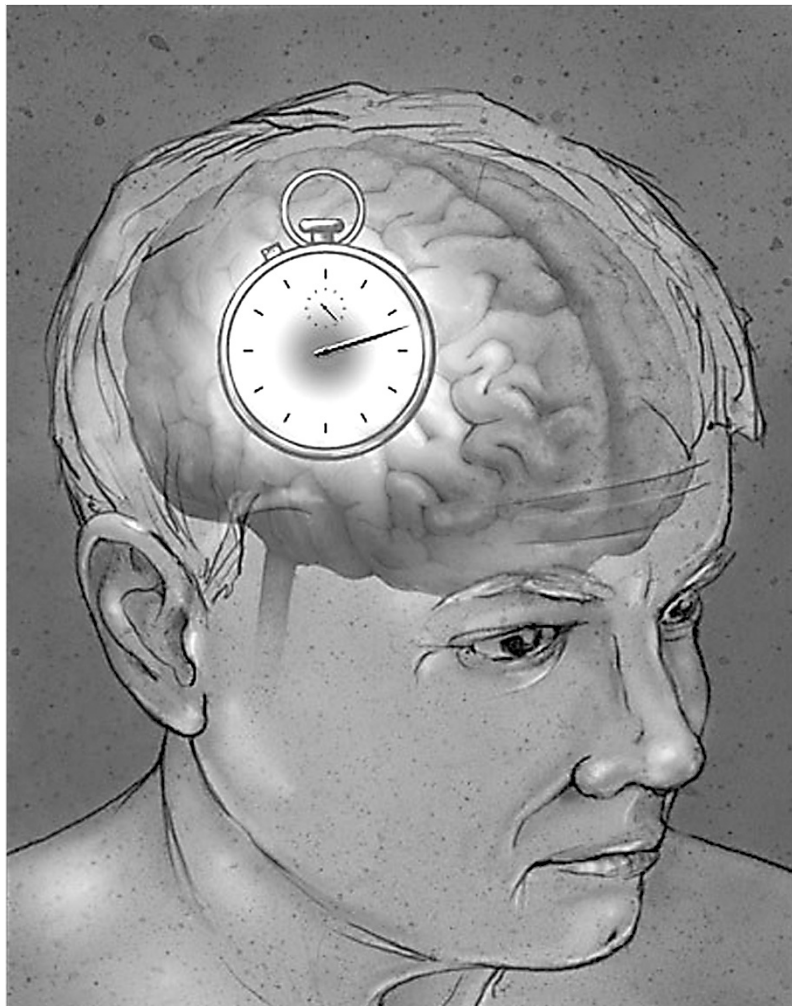
полагаем хорошим инструментарием и операционными залами.

В части сотрудничества с коллегами в клиниках более высокого уровня - и здесь всё на высоте. Мы поддерживаем с ними постоянный контакт, при необходимости оперативно советуемся, и нам, врачу и паци-

енту, стараются помочь. Это относится и к направлениям (записи) на операции, и к процессу долечивания после них.

Я очень доволен поездкой. Жаль только одного - пять дней пролетели слишком быстро. Хочется узнать, увидеть ещё больше...

Тромболитическое лечение при инсульте



Что такое инсульт знают почти все. Какие изменения произошли в лечении инсульта за последние годы, скорее всего для многих ещё неизвестны.

Подходы к лечению инсульта в разные времена были разные. До последнего времени считали, что при инсульте специализированного лечения нет. Этот принцип сейчас изменился. Главным в этом изменении является то, что при инсультах начинали использовать тромболитическое лечение.

Необходимо подчеркнуть, что речь идет об ишемических инсультах, другими словами, об инфарктах

мозга. При другом виде инсульта, геморрагическом (кровоизлияние), этот метод не применяется.

Что такое тромболит, успешно применяемый в течение довольно длительного времени для лечения инфарктов миокарда, в том числе и в Нарвской больнице?

Это метод, с помощью которого в случае инсульта внутривенно вводятся лекарства, растворяющие тромб, закрывающий сосуд. Перекрытые сосуды приводят к гибели клеток головного мозга. При инсульте часть клеток в центре очага погибают сразу, этих спасти невозможно. Но часть клеток, находя-

щихся вокруг погибших клеток, так называемая «зона пenumбра», остается в течение нескольких часов ещё жизнеспособными, и они могут избежать гибели, если кровоток быстро восстанавливается.

Почему эту методику стали использовать при инсультах значительно недавно, если при инфарктах миокарда она себя давно зарекомендовала?

Причина кроется в возможных осложнениях этой процедуры. Самое существенное осложнение - это кровоизлияние. Поэтому для проведения тромболитиза при ишемических инсультах существует довольно много противопоказаний. Необходимо учитывать ряд критериев при принятии решения о проведении этой процедуры. Главная из них - это критерий времени. Тромболитиз при ишемическом инсульте можно делать только в течение первых 4,5 часов после появления первых симптомов. Кроме этого, состояние пациента не должно быть слишком лёгкое и слишком тяжёлое. Учитываются также перенесённые и сопутствующие хронические заболевания.

Опыт использования тромболитиза при ишемических инсультах в мире показывает, что примерно для 10% случаев ишемических инсультов подходит тромболитиз. Это не очень большая цифра, но при благоприятном течении это лечение может существенно уменьшить неврологический дефицит (нарушения речи, парез и т.д.).

Первые тромболитизы в Эстонии при ишемических инсультах проводили в 2003 году в Тарту, в клинике Тартуского университета, и в 2004 году в Таллинне, в Северо-Западной центральной больнице. Первые годы этот метод использовали довольно осторожно - 1-5 раз в год. После того как время для проведения лечения таким способом

разрешили увеличить до 4,5 часов (раньше допускаемое время было лишь 3 часа), количество процедур стало расти каждый год.

В Ида-Вирумаа первый тромболитиз был проведен в Ида-Вирумааской центральной больнице в прошлом году. В этом году порядок и логистика проведения этой процедуры у наших кохтла-ярвских коллег сложились, и они стали готовы принимать пациентов и из Нарвы.

29 ноября 2011 года в уезде состоялся «круглый стол», где участвовали представители Ида-Вирумааской центральной больницы, Нарвской больницы и Общества неврологов и нейрохирургов Эстонии.

На этом совещании представители общества ещё раз повторили, что одним из абсолютных требований для проведения тромболитиза при инсультах является наличие круглосуточной неврологической службы. Поскольку в общих больницах неврологическое отделение не предусмотрено (Нарвская больница входит в их счёт), то из этого вытекает, что этот метод лечения будет проводиться в центральных и региональных больницах. Для того чтобы жители тех регионов и городов, где нет центральных или региональных больниц, не остались без нужного лечения, общие больницы сотрудничают в этом деле с крупными центрами.

Сотрудничеству между Нарвской больницей и Ида-Вирумааской центральной больницей в области лечения тромболитиза при инсультах был и посвящен упомянутый «круглый стол».

Принятые на совещании решения:

- первичное решение о возможности проведения тромболитиза при инфаркте мозга принимает прибывшая на вызов бригада «Скорой помощи»
- бригада учитывает временной

фактор (с учетом времени на дорогу), оценивает состояние пациента, узнаёт по возможности предыдущий анамнез

- если критерии подходят для проведения тромболитиза, пациент и его родственники согласны, то пациента транспортируют напрямую в отделение экстренной медицины Ида-Вирумааской центральной больницы в Кохтла-Ярве.

Транспортировка в Кохтла-Ярве не означает, что тромболитиз будет обязательно проведён. Окончательное решение принимает дежурный невролог после проведения СТ-обследования, получения результатов анализов и ознакомления с историей болезни в данном конкретном случае.

В связи с этой тематикой всем необходимо обратить внимание на фактор времени. В связи с распространением тромболитического лечения при ишемических инсультах о времени стали говорить все больше и больше, часто используя выражение «Время - это мозг» («Aeg on aju»).

Напомним, что тромболитиз можно провести только в течение первых 4,5 часов. После этой черты процедура не помогает и является необоснованным риском.

Учитывая, что транспорт требует определенного времени, очень важно, чтобы в Центр тревоги для вызова «скорой помощи» звонили сразу же после проявления первых симптомов инсульта («перекос лица», слабость и онемение в одной половине тела, нарушения равновесия и речи). Только в таком случае (при соответствии и других критерий) есть возможность применить тромболитиз.

Обращаем внимание: если появляются признаки инсульта, не надо ждать «может само пройдет»; надо сразу звонить в Центр тревоги по телефону 112!

Ходить свободно и легко – мечта

HALLUX VALGUS. За этой «загадочной» фразой на латыни (халлюкс вальгус) кроется ортопедический диагноз, применяемый при наличии патологического отклонения первого (большого) пальца стопы. Данная деформация переднего отдела стопы довольно широко распространена среди женщин, однако может встречаться и у мужчин.

Причин развития данной деформации достаточно много. Наиболее часто встречается наследственный характер заболевания. В основе отклонения пальца лежит развитие продольно-поперечного плоскостопия, т.е. уплощения продольного и поперечного сводов стопы, что резко нарушает биомеханические взаимоотношения в суставах всей стопы при ходьбе и запускает цепь патологических процессов, что в свою очередь приводит вначале к развитию компенсационных процессов, затем - декомпенсации.

Развитию деформации переднего отдела стопы способствуют так называемые предрасполагающие факторы, к которым наиболее часто относится избыточный вес, ношение узкой обуви на высоком каблуке, длительные статические нагрузки на стопы и т.д.

Если патология зашла слишком далеко, диагноз больше похож на приговор – впереди ждёт сложная операция, длительный восстановительный период.

Hallux Valgus на ранних стадиях развития даёт о себе знать через ощущение дискомфорта и появлением болей в области стопы и сустава первого пальца. Другой ранний сигнал неминуемо приближающейся беды – появление мозолей, так называемых «натоптышей».

Существуют консервативные методы лечения этой патологии, разработаны методики восстановительного лечения. Однако такое лечение в основном распространяется на пациентов с ранней формой патологии. Запущенные формы с явной деформацией стопы лечатся с помощью оперативного вмешательства. Таких операций в Нарвской больнице проводится не менее 30-ти в год. Оперирующие хирурги-ортопеды: Иван Глебов, Игорь Блинов, Сергей Шестаков.



На сегодняшний день в Эстонии есть только два места, где при операциях на стопе используются самые современные подходы и приспособления для остеосинтеза. Это таллиннская Северо-Эстонская региональная и Нарвская больницы.

Комментарии по теме от старшего врача отделения травматологии Хирургической клиники Ивана Глебова.

Операция – решение проблемы, но не панацея

Как и любая операция, хирургическое вмешательство при диагнозе Hallux Valgus - обстоятельство крайнее. Но многие пациенты решаются пройти этот путь по причине невозможности продолжать жить с качеством жизни, спутниками которого являются боль и дискомфорт, проблема подбора обуви под деформированную ступню, хромота и невозможности передвигаться «на своих двоих».

Задача врача — уменьшить, по возможности минимизировать последствия косточки на стопе, придать стопе приближенную анатомическую норму, что должно снизить

боль и ортопедо-косметический дефект, улучшить опорную функцию ноги. Достичь этого без операции не удастся. К сожалению, вернуть деформированную стопу с косточкой на стопе в исходное состояние невозможно.

Нужна ли операция при деформации переднего отдела стопы и какая?

Существует 10 основных видов операций на стопе из 300 (!) их комбинаций. Из этого великого множества оперативных способов, методов и приемов необходимо выбрать единственную операцию, подходящую для конкретного человека. Помочь больному операция может только тогда, когда она индивидуальна, и шаблонов быть не может.

Несомненно, легче оперировать своевременно и получить эффект коррекции проще при начальных степенях деформации стопы и пальца, тем более у молодых. И последующее лечение короче. В пожилом возрасте и при запущенных деформациях операция протекает

сложнее, выздоровление длится дольше.

Методики, по которым проводятся операции в Нарвской больнице, позволяют пациенту в короткие сроки после операции покинуть больничную койку. В большинстве случаев при использовании современных методов лечения больным не применяют гипсовой иммобилизации стоп, нет надобности в использовании костылей.

После операции пациенты встают на ноги уже на 2-й день. Пребывание в стационаре занимает 3-4 дня. В послеоперационном периоде желательно ходить в свободной обуви, со стельками, моделирующими поперечный свод стопы. Реабилитационный период по больничному листу составляет от месяца до двух.

Степени Hallux Valgus

Существует несколько степеней Hallux Valgus, каждая из которых имеет свои клинические проявления. Основным симптомом проявления вальгусной деформации является отклонение первого пальца изнутри наружу. Больных также беспокоит боль в области пер-

вого плюсне-фалангового сустава, где они отмечают увеличивающуюся косточку, отек сустава, покраснение кожи в области данного сустава. В дальнейшем формируется так называемая поперечно-распластанная стопа, которая не способна выполнять функцию амортизатора веса тела. Таким образом, развивается стойкая патологическая деформация переднего отдела стопы.

От степени деформации и клинических проявлений, безусловно, зависит тактика и подходы к лечению.

Лечение Hallux Valgus

В большинстве случаев при начальных стадиях заболевания первым вариантом лечения является консервативное лечение, которое включает в себя:

- коррекцию образа жизни (снижение веса тела, занятия спортом и т.д.)
- использование ортопедической обуви для устранения взаимодействия в области первого плюсне-фалангового сустава - в области «болезненной шишки»
- использование межпальцевых корригирующих прокладок
- использование ортопедических ортозов для первого пальца стопы.
- применение стелек, корригирующих своды стопы.

Среди медикаментозного лечения часто применяются препараты из группы нестероидных противовоспалительных средств, физиотерапевтические процедуры.

Консультация ортопеда

Консультация опытного специалиста – залог успеха. За успехом стоит идти туда, где такие специалисты работают. Разумно обследовать проблему там, где вам её помогут разрешить на высоком профессиональном уровне. И не доверяйтесь словам «добрых советчиков» – лучше, чем у нас, вам в регионе никто не поможет. За хороший результат в рекомендованном месте «добрый советчик» не отвечает.

На консультацию к специалисту можно прийти по направлению семейного врача, а предварительно записаться на приём через регистратуру по телефонам: 3561144, 3572778, 3572779. Приём ведётся по адресу Хайгла 1.

Правила и ограничения при МРТ-обследовании

Существуют определённые условия и ограничения для прохождения исследований с использованием магнитно-резонансного томографа. Таких условий мало, но они очень важны, так как пренебрежение ими может привести к серьёзным последствиям, включая угрозу жизни. Персонал, проводящий исследования, имеет необходимую квалификацию. Какой-либо специальной подготовки перед обследованием проводить не надо. Перед началом обследования персонал опрашивает пациентов на предмет наличия в их теле каких-либо предметов, содержащих металлы.

Что это за предметы, наличие которых в теле при проведении магнитно-резонансной томографии недопустимо? Абсолютным проти-

вопоказанием является наличие в теле пациента кардиостимулятора, искусственного клапана сердца, стента в сосудах, клипсов и т.п. Ограничение также распространяется на различные протезы, пластины, элементы ортопедических конструкций (остеосинтеза), брекет-ы и искусственные зубы, изготовленные с использованием металлов, любые другие металлические предметы и осколки.

К чему может привести игнорирование этим требованиям? В магнитно-резонансной томографии используется магнит большой мощности. Под воздействием поля металлический предмет начинает двигаться, что может привести к непредсказуемым последствиям – сдвинуться с места, повредить сосуды или нервы, привести к внутреннему кровотечению. Различ-

ные проблемы могут возникнуть и в следствие, так как металл намагнитится.

Что делать? Во-первых, о наличии таких предметов необходимо сказать лечащему врачу, назначающему исследование (по правилам, врач сам должен об этом спросить). Во-вторых, перед походом на исследование необходимо снять с тела все металлические предметы (украшения из металлов, брекет-ы, металлические зубы, металлические пуговицы, часы, очки, нательный крест и т.п.). Если металлические предметы объективно удалить невозможно, то пациенту назначают другие виды исследований.

Если пациент не выполнит данных требований, то процедура не будет проведена. Специализированный автобус приезжает в Нарву до двух раз месяц. Ведётся пред-

варительная запись. Если пациента снимают с обследования, то это означает, что персонал и дорогостоящее оборудование простаивают. В это время можно было бы провести обследование человеку, ожидающему очередь несколько недель. В связи с этим актуален и другой вопрос: часть нарвских пациентов не дисциплинированы. Так, в один из дней исследований не пришёл каждый третий пациент. Администрация больницы обращается с просьбой к пациентам, своевременно сообщать лечащим врачам о невозможности пройти обследование в назначенное время по телефонам 3572737 и 3571749.

Общие консультации о противопоказаниях исследования с использованием магнитно-резонансного томографа вы можете получить от лечащего врача.



Справка:

Магнитно-резонансная томография - томографический метод исследования внутренних органов и тканей с использованием физического явления ядерного магнитного резонанса. Метод основан на измерении электромагнитного отклика ядер атомов водорода на возбуждение их определённой комбинацией электромагнитных волн в постоянном магнитном поле высокой напряжённости.

Клиническим инфекциям ставятся новые барьеры



Кабинет инфекционного контроля Нарвской больницы, в котором работают Наталья Метелица (на фото) и Димитрий Янисте, целенаправленно ведёт борьбу с возможными возбудителями инфекционных заболеваний. Общеизвестно, что больницы являются «уютным» местом жительства различного рода бактерий и микробов. Задача службы инфекционного контроля – максимально сузить ареалы обитания этих неприятелей человеческого организма.

В больнице совершенствуются и разрабатываются новые руковод-

ства по инфекционному контролю. Ими регламентируется широкий спектр направлений контроля – от предупреждения распространения инфекций до антибактериального лечения.

На основании постановления Министерства социальных дел, каждая больница разрабатывает и утверждает свой порядок, согласовывает его с Департаментом охраны здоровья. Пакет документов (свод правил и руководств) включает: стандарты антисептики рук, руководство по обращению с больничными отходами, руководство по антибактериальному лечению, изоляционный режим, руководство по проведению диагностических и лечебных процедур, включая руководство по лечению ран. Сегодня в стадии разработки находится документ, регламентирующий надзор и порядок, предупреждающий возникновение вспышек инфекционных заболеваний в стационаре.

Разработка, утверждение и внедрение вышеуказанных стандартов и руководств не означает, что до того как правил, так и контроля не было. Сейчас заканчивается процесс их стандартизации в со-

ответствии с велениями времени – 6 из 8 руководств в Нарвской больнице приведены в соответствие и внедрены. А в уже принятые правила периодически вносятся изменения и дополнения

Изоляция в больнице. Что это такое?

Изоляция бывает двух типов – индивидуальная и коллективная.

4 вида изоляции при стационарном лечении:

- контактная изоляция (пациент помещается в отдельной палате – специальном изоляторе)
- капельная изоляция (пациентов с одной инфекцией помещают в одну палату, к примеру, при эпидемии гриппа)
- воздушная (пациент помещается в специальном изоляторе, к примеру, с диагнозом туберкулёза)
- защитная изоляция (пациента изолируют от возможного получения госпитальных инфекций, если его организм ослаблен, к примеру, после операции, при наличии у пациента тяжелого заболевания со сниженным иммунитетом).

Нововведение

В качестве предупреждения перед изолятором или палатой, где

находятся изолируемые пациенты, устанавливаются иллюстрированные памятки, на которых изображён перечень одноразовых индивидуальных средств защиты (ИСЗ), которыми в обязательном порядке всем входящим в палату необходимо воспользоваться (защитный халат, маска, шапочка). Требование распространяется и на персонал (врач, медицинская сестра, сестра по уходу, убор-

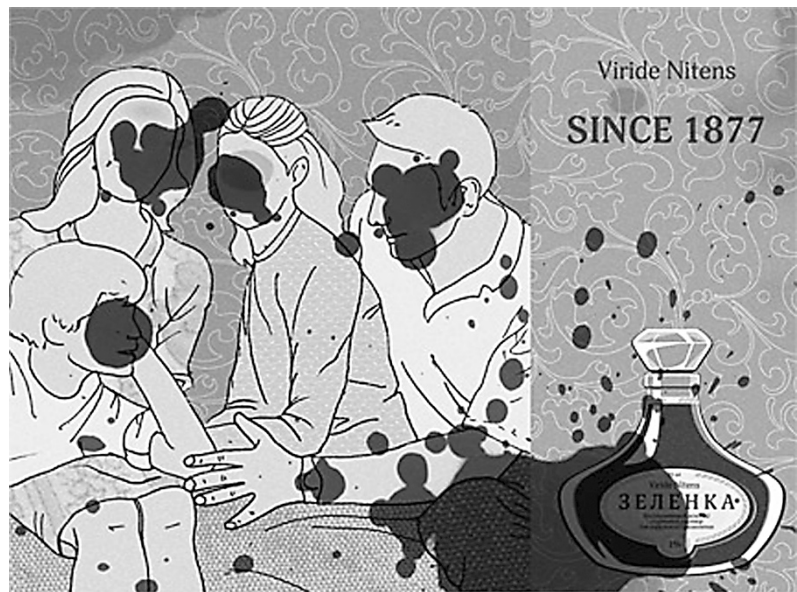
щица), и на посетителей. ИСЗ находятся в тамбуре изолятора или при входе в палату.

Обращаем внимание на стандартные требования при изоляционном режиме: посещение пациента следует ограничивать, все посетители не должны иметь признаков заболевания, запрещён близкий контакт с пациентом, пребывание детей только с разрешения лечащего врача.



Прощай, зелёнка

Информация кабинета инфекционного контроля



Использование спиртосодержащих антисептиков, таких как зелёнка, кастилянка, йод, а также перекиси водорода, марганцовки, официально прекращено.

Существует ряд доказательств тому, что использование спиртосодержащих антисептиков может приводить к ряду осложнений в деле лечения ран.

Европейский рапорт, принятый представителями стран консенсусом, рекомендует в качестве антисептика использовать водные растворы йода и/или полигексаметилен бигуанид (РНМВ). Считается, что РНМВ взаимодействует с кислотными фосфолипидами мембран бактерий, в результате чего происходит быстрая гибель микроорганизмов. Не содержащие спирт антисептики не сушат рану, не оставляют рубцов, не образуют корок, под действием свободных от спирта антисептиков происходит грануляция и здоровая эпителиза-

ция кожи.

В немилость впал спирт за своё неблагоприятное воздействие на липидные структуры эпидермиса, приводящее к резкому ухудшению состояния кожи. Данные средства меняют «химию» кожи (сдвигают в сторону щелочной среды), обеспечивая только временный антибактериальный эффект и далее создают более благоприятную среду для размножения патогенных микроорганизмов. Защитный слой кожи истончается, в связи с чем возможна многочисленная инвазия микроорганизмами, вызывающими воспалительные процессы.

До сегодняшнего дня рану по периметру обрабатывали зелёнкой, чтобы образовалась корочка, эту корку надо было снять, потом опять намазать зелёнкой, опять создать корочку, опять содрать... К слову, у пациента и так имеется повреждение кожи, рана, а мы ей, коже, наносим химический ожог. В Европе

уже десятилетия как не используют спиртосодержащих антисептиков, благодаря чему раны не засыхают, а затягиваются. В результате мы можем иметь более быстрое и щадящее заживление, лучший косметический эффект (рубец после заживления раны не столь заметен).

Сейчас в Нарвской больнице выходит новое руководство по лечению ран. Также разработана и памятка для пациентов. В скором времени спиртосодержащие антисептики для обработки ран в Нарвской больнице официально будут «вне закона». Больничная аптека уже прекратила закупку и выдачу этих препаратов, заменяя их водными растворами и РНМВ.

Расследование украинских журналистов

Пузырёк с ярко-зелёным спиртовым раствором «бриллиантовой зелени» - первое лекарство в жизни каждого человека, рождённого в СССР. А между тем, нигде в мире её больше нет.

История вопроса такова. В середине XIX века в просвещённой Европе каждая десятая рожица умирала от родильной горячки. Несмотря на то, что роды принимали не какие-нибудь бабки-повитухи, а дипломированные врачи. Молодой врач-акушер венской больницы Игнац Земмельвейс страшно переживал за своих пациенток, пытался понять причины. И додумался: врачи в то время много практиковали в прозекторской. Принимать роды часто прибегали прямо от трупа, вытерев руки носовыми платками. Игнац и решил, что они заражают

рожиц «трупным ядом». И предложил перед тем, как подойти к рожице, держать руки в растворе хлорной извести. Смертность сократилась в 7 раз.

Примерно в то же время любознательный молодой химик Вильям Перкин в Лондоне пытался создать новое лекарство от малярии и экспериментировал с каменноугольной смолой. Капал на неё кислотой, возгонял, дистиллировал и т.д. И вдруг получил вещество радикально-лилового цвета, которое позже назвал мовеином (от английского названия цветка мальвы). Цвет оказался настолько стойким, что отстирать его пятна с рубашки прачка не смогла. Но папаша Перкин, строитель, не стал ругать сына, а возрадовался: не знаю, как там лекарство от малярии, а на кусок хлеба с маслом ты уже заработал. И открыл первый завод по производству смоляных (анилиновых) красителей. Молодец Вилли бросил науку, и так преуспел в производстве красителей, что под конец жизни был возведён в рыцари и стал сэром. В те же годы были синтезированы и другие органические красители. Врачи стали применять новые красители для окрашивания препаратов разных микроорганизмов, чтобы лучше разглядывать их под микроскопом. И увидели, что эти вещества убивают микробы наповал. Но так опре-

делилась другая стезя красителей - медицинская.

Раствор бриллиантового зелёного (зеленки) многие поборники современности готовы стереть с лица земли. Аргумент - нигде на Западе её не применяют. Давайте разбираться. Во-первых, что в ней такого бриллиантового. Другие красители имеют названия скромней. В сухом виде, до растворения в спирте, это золотисто-зелёные комочки, по латыни viridis nitentis, то есть «зелёный блестящий». Переводя название на французский, неведомый химик использовал слово brillant (по-французски «блестящий»). Ну а какой-то переводчик перевёл как «бриллиантовый». И всё.

Так почему же в других странах зелёнки нет? Этот вопрос был задан десятку известных фармакологов, дерматологов, педиатров стран СНГ. Большинство ответа не дали. А на Западе врачи вообще о зелёнке не слышали.

- Да потому, что на Западе принята доктрина доказательной медицины, - объяснил декан фармацевтического факультета Российского государственного медицинского университета профессор Иван Козлов. - А молекулярный механизм действия зелёнки и других красителей неизвестен до сих пор. Чтобы это выяснить, надо провести сложные и дорогие исследования. А кто же это будет делать для столь старого препарата.

Заказчик SA Narva Haigla

Издатель Alex Petuhov Media Production

Tel +372 5511548

Fax + 372 3568228

E-mail: leht@narvahaigla.ee