

Оглавление:

1. Краткие автобиографические сведения...стр 2
2. Характеристика Яшкинского филиала ГАУЗ "КГКБ № 4 № ОСМП
...стр 3-4
3. Характеристика отделения скорой и неотложной медицинской помощи...
стр.4-12
4. Материально техническая оснащенность рабочего места...стр.12-18
5. Личные знания и умения, приобретенные за отчетный период...стр.18-23
6. Организация фармацевтического порядка на рабочем месте...стр.23-25
7. Организация санитарно- противоэпидемического и дезинфекционно-
Стерилизационного режима на рабочем месте...стр.25-28

8. Инструкция по соблюдению мер инфекционной безопасности для выездов
бригад скорой медицинской помощи при подозрении на COVID-19...стр29-
31

9. Охрана труда медицинского персонала, организованная на рабочем
месте...стр.31
10. Предложения по улучшению работы...стр.32
11. Санитарно-просветительская работа...стр.32-33
12. Планы на будущее...стр.33-.34

1.Краткие автобиографические сведения

Я Гунькова Оксана Павловна родилась 01.06.1981г. в п. Яшкино, Кемеровской области.

В 1999 году была устроена санитаркой в ЯТМО в лабораторное отделение. В 2001 г. переведена в ОСМП.

В 2008г. поступила в Анжеро-Судженский медицинский колледж. В 2012г. получила диплом по специальности «Лечебное дело», получила сертификат по специальности «Скорая и неотложная помощь».

С июля 2012г. начала свою трудовую деятельность в должности фельдшера ОСМП ЯРБ, где продолжаю работать по настоящее время.

Имею первую квалифицированную категорию по специальности «Скорая и неотложная помощь».

В 2015г. была присвоена вторая квалифицированная категория скорая неотложная помощь.

В 2018г. была присвоена первая квалифицированная категория.

Общий медицинский стаж 20 лет из него 9 лет санитаркой и 11 лет фельдшером.

2. Характеристика Яшкинского филиала ГАУЗ "КГКБ № 4".



В 1912г. был открыт фельдшерско-акушерский пункт с пятью родильными койками. С тех пор и началось здравоохранение района, которое строилось и развивалось. Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Кемеровской области Яшкинская районная больница отметила в 2012г. 100 летний юбилей. ГБУЗ КО " ЯРБ им. Л.Г. Ворачевой" в январе 2023г. переименована в Яшкинский филиал ГАУЗ" КГКБ № 4 ".

ГБУЗ КО ЯРБ им Л.Г. Ворочевой в январе 2023г. переименована в Яшкинский филиал ГАУЗ КГКБ 4.

В Яшкинском районе имеется:

- 7 амбулаторий;
- 3 общих врачебной практики ОВМП;
- 21 фельдшерских пункта;
- Ленинская больница;
- Акациевская больница на 20 коек участковая;

Стационар вмещает в себя 66 коек.

Поликлиническая служба представлена:

1. Районная поликлиника на 400 посещений в смену работает в 2 смены.
2. Детская поликлиника на 126 посещений работает в 2 смены.
3. Дневной стационар на 12 коек

Лабораторно - диагностическая служба включает в себя клинично - диагностическое отделение.

3. Характеристика отделения скорой и неотложной помощи

Сегодня служба СМП в РФ является социально значимой структурой первичного звена системы здравоохранения, ориентированной на эффективное оказание помощи в неотложных ситуациях на догоспитальном этапе. Служба СМП функционирует в режиме повседневной круглосуточной работы и режиме чрезвычайных ситуаций. Ее задачами являются:

- организация и оказание скорой и неотложной медицинской помощи гражданам при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства на месте происшествия, по пути транспортировки в стационар в адекватном объеме и согласно показаниям и профилю бригады СМП,
- оказание помощи пострадавшим и пациентам, обратившимся за медицинской помощью непосредственно в отделение СМП;
- своевременная транспортировка, а также перевозка пациентов, рожениц, пострадавших и нуждающихся в стационарной помощи;
- обеспечение преемственности с МО по оказанию скорой медицинской помощи населению,
- участие в ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций, проведение лечебно-эвакуационных мероприятий,
- взаимодействие с органами местной власти, управлением внутренних дел, пожарной частью, ГИБДД и другими оперативными службами
- выполнение норм санитарно-эпидемиологического режима,
- соблюдение правил техники безопасности и охраны труда,
- проведение систематической работы по совершенствованию профессиональных знаний, практических навыков медицинского персонала,
- развитие и совершенствование организационных форм и методов оказания скорой медицинской помощи населению, внедрение современных медицинских технологий, повышение качества работы медицинского персонала.

Основные требования к работе выездных бригад отделения скорой медицинской помощи

Оперативность работы выездных бригад:

- После получения вызова бригада выезжает в течение 1 минуты;
- Прибытие к месту вызова по оптимальному маршруту и сообщение о прибытии в оперативный отдел;
- Затрата минимального времени на качественное оказание

медицинской помощи в полном объеме;

-О выполнении вызова бригада докладывает немедленно.

Качественное оказание СМП включает:

- Правильное распознавание заболевания или повреждений;

- Выполнение необходимых лечебных мероприятий;

- Верное тактическое решение.

- Взаимодействие с работниками других бригад СМП, а также с сотрудниками медицинских организаций, правоохранительных и других учреждений.

- Качественное оформление медицинских документов.

Отделение скорой медицинской помощи оказывает два вида медицинской помощи:

Экстренная:

○ Угрожающие жизни состояния – острые нарушения сердечно-сосудистой системы, дыхания, центральной нервной системы.

○ Несчастные случаи – травмы, отравления, асфиксии, инородные тела, воздействие природных и промышленных факторов.

○ Роды и острые патологии беременности.

○ Острые хирургические патологии жизненно важных органов.

○ Острые заболевания детей до года.

Неотложная:

Обострение хронических заболеваний.

Острые, не угрожающие жизни заболевания.

Служба скорой помощи поселка Яшкино функционирует, как отделение Яшкинского филиала ГАУЗ " КГКБ № 4 " и призвана круглосуточно оказывать экстренную и неотложную медицинскую помощь населению поселка и Яшкинского района. Основная единица ОСМП – выездная бригада. Ежедневно функционирует 3 выездные бригады. Среднесуточная нагрузка на бригаду за 2022г. составила 7.7%. Бригады формируются согласно действующим нормам.

**Основным приказом, регламентирующим работу СМП,
является приказ**

- МЗ РФ № 388н от 20.06.2013 г. «Об утверждении порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной помощи».

-Приказ МЗ РФ №1165 н от 28 октября 2020г. «Об утверждении требований к комплектации лекарственными препаратами и медицинскими изделиями укладок и наборов для оказания скорой медицинской помощи.»

-Приказ МЗ РФ № 752 от 01.12.2005г. «Об оснащении санитарного автотранспорта».

Штатное расписание:

Таблица№2

Наименование показателя	Врачи	Средний мед.персонал	Младший мед.персонал	Водители
Штатные должности	-	30,5	0	15
Занятые должности	-	30,5	0	15
Физические лица – всего	-	26	0	13

Вывод: Из таблицы видно, что за последний год сохраняется на прежнем уровне число медицинских работников. Часть работников пенсионного возраста уволились в связи с выходом на пенсию. Увеличилось число вновь принятых сотрудников по программам «Дефицитный специалист» и «Земский фельдшер». Увеличился процент совместительства. Но все еще сохраняется дефицит кадров.

Кадровый состав:

Таблица№3

Средние мед. работник	2021г.	2022г.
Аттестовано	4	7
Высшая категория	7	7
Первая категория	6	6
Вторая категория		
Без категории	11	11
Наличие сертификата	26	26

Вывод: Большинство средних медицинских работников имеют квалификационные категории, что говорит о высоком уровне профессионализма кадрового состава ОСМП. В 2022г на работу в ОСМП устроились 2 человека, не имеющие квалификационные категории. В отделении постоянно проводится работа по укреплению кадрового состава. Постоянно повышается их профессиональный уровень.

Возрастной состав специалистов:

Таблица №4

18-25 лет	26-40 лет	41-55 лет	Более 55 лет
1	14 чел.	10чел.	1чел.

Вывод: Из таблицы видно, что преобладают специалисты молодого возраста.

В марте 2023г открыто новое здание скорой медицинской помощи.

Необходимость в строительстве нового здания возникла из-за того, что старое перестало соответствовать нормам СанПиНа. На установку новой модульной конструкции общей площадью 840 кв. м ушло чуть больше года. Установка модульной конструкции реализована с помощью спонсорских средств.



В структуру нового здания входят:

- оперативный отдел для приема вызовов, где производится прием вызовов и передача их дежурным бригадам, взаимодействие между

отделением СМП и выездными бригадами, компьютерная система АДСМ, которая обеспечивает передачу вызовов на планшеты и программа 1-С.

Наличие системы ГЛОНАСС обеспечивает оптимизацию всех процессов, происходящих на станции, включая максимальное сокращение времени реагирования на вызов;

-помещение для хранения медицинского оснащения бригад ОСМП и подготовки к работе медицинских укладок

-помещение для хранения медикаментов;

-кабинеты заведующего отделением, старшего фельдшера, сестры хозяйки;

-комната для приема пищи;

-комнаты отдыха медицинского персонала и водителей;

-санитарные комнаты;

-процедурный кабинет;

-автомобильные боксы.

-комната для хранения отходов класса А и Б;

-душевые комнаты;

-красная зона;

В отделении круглосуточно работает три выездные бригады.

Все бригады отделения СМП оснащены автомобилями скорой помощи марок «ФОРД». Эти автомобили в рамках благотворительной помощи в 2020 году приобрел для скорой помощи «КДВ Яшкино». Полностью обновился автомобильный парк СМП машинами классов «В», оснащенных медицинской аппаратурой, соответствующей современным требованиям оказания медицинской помощи населению. Санитарный транспорт ОСМП имеет специальные опознавательные знаки, оснащены специальными средствами (сирены, световые маячки). Все автомобили радиофицированы.



Организация работы отделения скорой медицинской помощи

Прием вызовов и передача их выездным бригадам осуществляется фельдшером по приему и передаче вызовов ОСМП. Прием вызовов поступает по городскому телефону 8-384-55-2-59-32, «03», «103», сотовому 8-923-504-28-76, передаются диспетчером экстренной службы 112. Поступившие вызовы регистрируются в журнале приема вызовов и в компьютерной программе АДСМ. Вызовы передаются бригадам на планшеты в кратчайшие сроки (время выезда бригады скорой медицинской помощи: экстренные вызовы – незамедлительно, неотложные – до 15мин). Время выезда, доезда, начала транспортировки, окончание обслуживания вызова регистрируется диспетчером.

Пострадавшие (пациенты), доставленные выездными бригадами ОСМП в санпропускник ЯРБ должны быть переданы дежурному персоналу с отметкой о поступлении таких пациентов. Налажен контакт с правоохранительными органами и администрацией района.

ОСМП не выдает документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность, судебно-медицинских заключений, не проводит экспертизу алкогольного опьянения.

Отделение скорой медицинской помощи ведет учетно-отчетную документацию, утвержденную Министерством Здравоохранения РФ:

- карта вызова;
- сопроводительный лист;
- сигнальный лист;

- Журнал регистрации криминальных вызовов;
- Журнал регистрации бригад;
- Журнал повторных вызовов;
- Журнал списания медикаментов расходных материалов;
- Журнал учета сильнодействующих и наркотических средств;
- Журнал учета лечебно-диагностической аппаратуры;
- Журнал учета рабочего времени;
- Журнал передачи вызовов в поликлинику.

Основные показатели работы ОСМП за 2021-2022гг.

Наименование показателей	2021г.	2022г.
Количество населения	26842	26508
Всего бригад-факт/план	3(3)	3(3)
Из них общепрофильных/спец-х	3(0)	3(3)
Обеспеченность БСМП на 10тыс.населения	1	1
Коэффициент загрузки бригад СМП	0,36	0,26
В т.ч. Общепрофильных /спец-х	8,8(0)	7,7(0)
Всего обращений, в т.ч:	9598	8354
-безрезультатных	611	606
-отказано за необоснованностью	0	0
-оказана мед.пом.при выездах	8987	7748
В т.ч.: -с несчастн.случаями	338	334
-с внез.забол-ми по «скорой пом.»	4356	3495
-с внезап.заб-ми по «неотлож.пом.»	4631	4253
-в связи с экстренюперевозкой	441	522
-в связи с санитар.перевозкой	2458	2436
-в связи с родами, пат.беремен.	118	54
В т.ч. Домашние, дорожные роды	0	2
-амбулаторная помощь	104	116
Среднее время ожидания выполнения вызова(мин.)	19,6	19,1
Среднее время, затраченное на один вызов(мин)	57,9	56,2
% от всех вызовов со временем доезда до 20 мин.	81,1%	80%
% от всех вызовов по «СП» со временем доезда до 20 мин.	76,4%	74,2%

Обращаемость на 1000 населения(общая/по оказ.мед.пом)	357,5-334,8	315,1-292,2
Направленно на госпитализацию	3629	2740
госпитализированно	3088	1639
Совпадение диагноза со стационаром	96%	95,00%
Повтор.вызовы по вине мед.персонала	0	0
Уровень качества лечения	0,95	0,96
Вызовы в сельский район	2343	2051
Вызовы в часы работы поликлиник	4987	5022
Число обоснованных жалоб	0	0

Вывод: анализируя данные таблицы за период 2021-2022гг. видно, что за прошлый год количество вызовов от населения снизилось, это связано со снижением заболеваемости и профилактикой заболеваний. Процент совпадения диагнозов СМП со стационаром довольно высок, что говорит о высоком профессионализме сотрудников СП. Уровень качества лечения остался на прежнем уровне. Увеличились вызовы в сельские районы из-за отсутствия медицинского персонала на ФАПх.

Сравнительный анализ заболеваемости населения Яшкинского района на основе вызовов ОСМП за 2021-2022г.г.

За период 2022г. в ОСМП поступило 8354 обращения, нагрузка на линейную бригаду 7.7%.

Таблица №10

№	НАИМЕНОВАНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ	2021г	2022г
1	Заболевания ССС	2126	2216
2	Болезни органов дыхания	1663	2447
3	Травмы и отравления	1296	1325
4	Психические расстройства	173	2
5	Болезни органов пищеварения	748	743
6	Болезни органов мочеполовой системы	275	270
7	Инфекционных больных	268	160

8	Заболевания костно-мышечной системы	402	372
9	Заболевания нервной системы	60	284
1	Роды и осложнения беременности	251	239
1	новообразования	105	101

Вывод: Как видно из таблицы, на первых местах находятся заболевания сердечно-сосудистой системы, болезни органов дыхания, травмы и отравления. Отмечается рост заболеваемости по всем нозологиям, что в значительной степени связано с социальными факторами, ростом стрессовых ситуаций, гиподинамией, злоупотреблением алкоголем, не сбалансированным питанием, отсутствием возможности оздоровления в санаториях, позднем обращении в МО, низкой покупательной способностью новых высоко эффективных препаратов.

4. Материально техническая оснащённость рабочего места

Медицинские работники ОСМП - фельдшера, которые в своей работе строго следуют должностным инструкциям, регламентирующим приказам и положениям, правилам внутреннего распорядка Яшкинского филиала ГАУЗ "КГКБ № 4 ". Фельдшер в отделении подчиняется распоряжениям старшего фельдшера и заведующего отделением, а так как СМП является структурной единицей Яшкинского филиала ГАУЗ " КГКБ № 4 " , то и главному врачу и главной медицинской сестре.

В мои производственные обязанности входит:

Осуществлять оказание скорой медицинской помощи в объеме доврачебной помощи в соответствии с утвержденными стандартами. Ассистировать врачу при оказании скорой медицинской помощи. Осуществлять осмотр и применять объективные методы обследования больного (пострадавшего). Оценивать тяжесть его состояния. Определять необходимость применения доступных методов исследования. Получать необходимую информацию о заболевании, отравлении или травме от пациента или окружающих лиц. Выявлять общие и специфические признаки неотложного состояния. Определять срочность, объем, содержание и последовательность диагностических, лечебных и реанимационных мероприятий. Выбирать оптимальное тактическое решение, определять показания к госпитализации и осуществлять ее. Обеспечивать щадящую

транспортировку пациента на носилках или щите с одновременным проведением интенсивной терапии. Проводить сердечно-легочную реанимацию. Обеспечивать проходимость верхних дыхательных путей, выполнение интубации трахеи с применением комбитьюба, ларингеальной маски или трубки; коникотомию, пункцию крикотиреоидной связки. Применять наркотические и сильнодействующие препараты. Осуществлять внутримышечное, внутривенное введение лекарственных средств, инфузионную терапию, пункцию и катетеризацию периферических вен. Выполнять пункцию наружной яремной вены, системный тромболизис по назначению врача, определять уровня глюкозы, ингаляционную терапию с помощью небулайзера, оксигенотерапию, пульсоксиметрию, остановку наружного кровотечения, переднюю тампонаду при носовом кровотечении. Осуществлять зондовое промывание желудка, катетеризацию мочевого пузыря. Принимать роды. Осуществлять первичную обработку новорожденного. Накладывать окклюзионную повязку при открытом пневмотораксе. Регистрировать и анализировать ЭКГ. Выполнять иммобилизацию при переломах костей, позвоночника, синдроме длительного сдавливания. Назначать лекарственную терапию. Проводить санитарно-просветительную работу среди больных и их родственников по укреплению здоровья и профилактике заболеваний, пропаганде здорового образа жизни. Организовать и проводить противоэпидемические мероприятия. Обеспечивать хранение, учет и списание лекарственных препаратов. Вести утвержденную учетно-отчетную документацию, характеризующую деятельность отделения скорой медицинской помощи.

Моим рабочим местом является санитарный автомобиль, который предназначен для обслуживания пациентов сельской местности и их перевозки. Тип кузова цельнометаллический, закрытый, имеется санитарное помещение, которое отделено от кабины водителя перегородкой с окном и раздвижным стеклом. Санитарное помещение имеет две двери: боковую сдвижную и заднюю распашную. В санитарном помещении салона автомобиля имеется передний шкаф с мойкой, стол медицинский для дефибриллятора. Над столом аппарат электронный для проведения ИВЛ, медицинский ящик-укладка, комплект транспортных складных шин, включая детский набор, комплект головодержателей типа воротника Шанса, щит для пострадавших с повреждением позвоночника.

Автомобили ОСМП оснащены:

- Электрокардиограф двенадцати канальный с возможностью передачи данных " Валента";
- Дефибриллятор монитор ДКИ-н-08 «Аксион-Х» ;
- Редуктор-ингалятор кислородный с 2-литровым баллоном;
- Экспресс-измеритель концентрации глюкозы в крови портативный;

- Аппарат искусственной вентиляции легких с ручным приводом АДР – 1200;
- Тележка-каталка со съемными носилками-;
- Носилки продольно и поперечно складные на жестких опорах-;
- Носилки бескаркасные;
- Комплект шин транспортных складных;
- Укладка врача скорой медицинской помощи;
- Набор акушерский;
- Набор реанимационный малый для СМП;
- Баллон кислородный 1
- Набор для промывания желудка;
- Родовой бикс.
- Контейнер термоизоляционный с автоматическим поддержанием температуры инфузионных растворов;
- Термоодеяло;
- Небулайзер портативный для скорой помощи;
- Дыхательный аппарат автономный с баллоном 2л.

Примерная работа за смену:

Придя на работу за 15мин до начала смены, я переодеваюсь в медицинский костюм с бейджем, от фельдшера предыдущей смены принимаю выездную сумку, произвожу подсчет НС и ПВ и ставлю подпись в журнале приема-передачи смены, дополняю сумку-укладку необходимым расходным медицинским имуществом. Проверяю и принимаю находящееся в машине медицинское оборудование: небулайзер, электрокардиограф, комплект шин, глюкометр, укладку для реанимационного пособия, укладку с инфузионными растворами, родовой набор. Знакомлюсь с новыми приказами и распоряжениями. При поступлении вызова, диспетчер выдает мне выездную карту. Выезд на вызов осуществляется не позднее 4-х минут после поступления. На вызове я оформляю согласие на осмотр и медицинские манипуляции, собираю анамнез, соблюдая все правила этики и деонтологии, обрабатываю руки, осматриваю пациента, при необходимости произвожу медицинские манипуляции, так как все пациенты, потенциально опасны, осмотр произвожу согласно действующим правилам. Если требуется госпитализация в одно из отделений Яшкинского филиала ГАУЗ " КГКБ № 4 ", произвожу госпитализацию, при отказе пациента от госпитализации, он должен поставить подпись в выездной карте об отказе от госпитализации. Оказываю медицинскую помощь пациентам на месте вызова и во время транспортировки. При отсутствии показаний для госпитализации оставляю рекомендации до обращения в участковую службу. При необходимости госпитализации пациента определяю его транспортабельность, уточняю место госпитализации согласно маршрутизации. Пациент в стационаре

передается дежурному врачу, о чем в карте вызова делается пометка (время прибытия и приема пациента дежурным врачом). Описываю карты вызовов. При возникновении нештатных ситуаций во время вызова ставлю в известность диспетчера и заведующего отделением скорой медицинской помощи. Передаю информацию о пациентах, которым необходимо активное посещение участкового врача. Все сведения о детях, обслуживаемых скорой помощью передаются в детскую поликлинику для активного посещения участковым педиатром. Все сведения о больных с впервые выявленными инфекционными заболеваниями или укушенными ранами передаются в Роспотребнадзор. Обеспечиваю учет, хранение и списание лекарственных средств. По окончании работы проверяю состояние аппаратуры, пополняю израсходованные лекарственные препараты, кислород, перевязочный материал. Передаю наркотические и сильнодействующие средства фельдшеру сменной бригады.

Выездная сумка снабжена необходимым набором медицинских инструментов, перевязочного материала и лекарственных препаратов:



Лекарственные препараты, используемые в укладках:

Анальгетики ненаркотические:

Анальгин 50% - 2,0мл.

Трамал – 1,0 мл.

Наркотические анальгетики:

Промедол 2% - 1 мл.

Морфин 1% - 1 мл

Фентанил 0,005% - 2 мл.

Средства для наркоза:

Закись азота 10л (1балон)

Натрия оксибутират 20% - 10 мл

Местные анестетики:

Новокаин 0,5% и 2% - 5 и 10 мл

Лидокаин 2% и 10% - 2 мл

Антигистаминные препараты:

Димедрол 1% - 1 мл

Супрастин 2% - 1 мл

Тавегил – 2 мл

Хлористый кальций 10% - 10 мл

Гормональные препараты:

Преднизолон – 30 мг – 1,0мл

Дексаметазон – 4 мг – 1,0мл

Антиритмические средства:

Новокаинамид 10% - 5,0мл

Лидокаин 10% и 2% - 2 мл

Этмозин 2,5% - 2 мл (изоптин 5 мг)

Анаприлин (обзидан) 0,25% - 1 мл

Верапамил 0,25% - 2мл (изоптин 5 мг)

Мочегонные препараты:

Фуросемид 1% - 1мл

Лазикс – 2 мл

Средства, стимулирующие сокращение матки:

Окситоцин – 1 мл

Сердечные гликозиды:

Дигоксин 0,025% - 1мл

Нейролептики:

Аминазин 2,5%

Дроперидол 0,24% - 10 мл

Галоперидол 5мг-1мл

Транквилизаторы:

Сибазон 0,5% - 2 мл

Адренергические средства:

Дофамин 0,5% - 5 мл.

Мезатон 1% - 1 мл

Адреналин 0,1% - 1 мл

Адсорбирующие средства:

Активированный уголь таб. 0,5№50

Аналептики:

Кордиамин – 2 мл

Антиангинальные:

Нитроглицерин таб. 0,0005 № 40

Нитроминт-аэрозоль подъязычный дозированный

Антисептические средства:

Йод 5% спиртовой раствор - 10 мл

Перекись водорода 3% - 30 мл

Раствор бриллиантовой зелени – 10 мл

Антихолинэргические средства:

Атропина сульфат 0,1% - 1 мл

Бронхолитики:

Беротек – аэрозоль – 1 фл

Витамины:

Аскорбиновая кислота 5% - 1 мл

Пиридоксин 50мг - 1мл

Гипотензивные средства:

Клофелин 0,01% - 1 мл

Клофелин 0,15мг табл

Каптоприл 25мг табл.

Нифедипин 10мг табл

Инфузионные средства:

Раствор хлорида натрия 0,9% - 500мл

Полиглюкин 6%-500мл

Антидоты:

Налоксон 0,5% - 1 мл

Седативные средства:

Настойка валерианы 30 мл – 1 фл

Валокордин 30 мл – 1 фл

Спазмолитики:

Дибазол 1% - 5 мл

Эуфилин 2,4% - 10 мл

Но-шпа (дротаверин) 2% - 2 мл

Сульфат магния 25% - 10 мл

Папаверин гидрохлорид 2% - 10 мл

Баралгин – 2 мл

Спирты:

Этиловый 70% - 30 мл

Нашатырный – 10 мл

Средства, влияющие на свертываемость крови:

Викасол 1% - 1 мл

Гепарин 5000 ЕД в 1 мл

Дицинон 20% - 1 мл

Аминокапроновая кислота 5%- 100мл

Стимуляторы ЦНС:

Кофеин 20% - 1 мл

Прочие:

Аэрозоль противоожоговая «Олазоль»

Выездная сумка снабжена необходимым набором медицинских инструментов, перевязочного материала и лекарственных препаратов.

Необходимый набор инструментов:

- одноразовые шприцы и иглы;
- роторасширители;
- набор воздуховодов;
- языкодержатель;
- мягкий катетер для катетеризации мочевого пузыря;
- тонометр;
- фонендоскоп;
- шпателя;
- термометр;
- кровоостанавливающие жгуты;
- ножницы;
- пинцеты;
- скальпеля;
- зонды для промывания желудка и шприцы Жанэ;
- жгуты для внутривенных инъекций;
- перчатки резиновые;
(стерильные и нестерильные)
- системы для внутривенных капельных вливаний;
- в\в периферические катетеры;
- перевязочный материал (бинты различных размеров, лейкопластырь, стерильные салфетки, губка гемостатическая).

5. Личные знания и умения, приобретенные за отчетный период

Показатели работы в динамике за год, в сравнении с предыдущим годом (в табличном, графическом и других вариантах) с выводами (анализ и выводы по собственным показателям, выполнения медицинских услуг) за время работы фельдшером ОСМП, я изучила:

1. различные аспекты работы скорой и неотложной медицинской помощи;
2. основы лечебного дела;
3. основные и дополнительные методы обследования, диагностики;
4. правила и методы оказания скорой и неотложной медицинской помощи при внезапных заболеваниях, обострениях хронических, при травмах и

- отравлениях, несчастных случаях и иных угрожающих жизни и здоровью состояниях;
5. правила работы с аппаратурой и инструментом, согласно табельному оснащению ОСМП, технику регистрации ЭКГ;
 6. правила транспортировки пациентов и пострадавших, технику десмургии и иммобилизации;
 7. правила и приемы сердечно-легочной реанимации, временной остановки кровотечений;
 8. противоэпидемические мероприятия;
 9. основные приказы и инструкции, регламентирующие различные аспекты деятельности фельдшера ОСМП.

Овладела навыками:

- Оказывать экстренную и неотложную помощь пациентам и пострадавшим, на месте происшествия и в пути следования в МО.
- Своевременно и качественно выполнять лечебно-диагностические и профилактические мероприятия, как самостоятельно, так и совместно с другим фельдшером.
- Быстро и правильно ориентироваться в сложных условиях работы ОСМП, в том числе в условиях работы ЧС, быстро принимать адекватные решения по тактике и оказанию помощи.
- Определять показания для госпитализации и профиль стационара.
- Правильно оформлять медицинскую документацию ОСМП.
- Проводить непрямой массаж сердца;
- Выполнять искусственную вентиляцию легких;
- зондовое промывание желудка;
- внутривенные инъекции;
- установка периферического в/в катетера;
- катетеризация мочевого пузыря мягким катетером;
- иммобилизация поврежденных конечностей, позвоночника и костей таза, технику наложения транспортных шин, повязок, согласно правилам десмургии;
- временная остановка кровотечения;
- работы с аппаратом ЭКГ;

Освоила:

- технику работы с аппаратами для вентиляции легких, подачи наркоза и ингаляции кислорода; технику замены использованных газовых баллонов кислорода и закиси азота, работу с редуктором баллонов;
- технику работы с пульсоксиметром и глюкометром;
- технику работы с электрическим аспиратором;

- технику ведения родов;
- систему инфекционного контроля, противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции и тактику при особо опасных инфекциях;
- охрану труда и технику безопасности в медицинских учреждениях;
- нормативные документы, регламентирующие работу фельдшера ОСМП

Мои оперативные показатели на ОСМП за 2021– 2022 г.г.

Если сравнивать 2021 и 2022гг., то можно заметить увеличение обращаемости населения за квалифицированной неотложной и скорой медицинской помощью В Яшкинском муниципальном округе.

Вывод: Анализируя полученные данные можно сделать вывод о том, что в условиях нагрузки по заболеваемости и травматизму, нагрузка на «скорую» остается на высоком уровне.

За время работы в отделении скорой медицинской помощи я встречалась со многими экстренными и неотложными состояниями, многими видами заболеваний, травм, несчастных случаев и отравлений.

Если сравнивать 2021 – 2022 г.г. так мною было обслужено:

Характеристика обслуженных мною вызовов на ОСМП по нозологическим единицам в динамике за 2021 – 2022г.г.

Таблица №11

№	Нозологическая единица	2021	2022
1	Заболевания ССС	131	147
2	Болезни органов дыхания	74	152
3	Неврологические заболевания	38	50
4	Острые хирургические заболевания	39	42
5	Гинекологические заболевания	28	21

6	Несчастные случаи	54	48
7	Острые отравления	18	11
8	Заболевания мочевыделительных путей	32	27
9	Экстренные транспортировки	14	39

Вывод: Из таблицы видно, что чаще всего я обслуживала пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и болезнями органов дыхания. Острая хирургическая патология, болезни мочевыделительной системы остались на прежнем уровне. Меньше вызовов с отравлениями и неврологическими заболеваниями. Отмечается значительный рост экстренных транспортировок в связи с введением новых маршрутизаций в профильные медицинские организации города Кемерово.

Произведенные мной манипуляции на СМП за 2021 - 2022г.:

Таблица №9

№	манипуляции	Кол-во за 2021г.	Кол-во за 2022г.
1	Непрямой массаж сердца	1	0
2	Искусственная вентиляция легких	1	0
3	Промывание желудка	3	2
4	в/м и п/к инъекции	287	325
5	Катетеризация мочевого пузыря	3	2
6	Временная остановка кровотечения	10	15
7	Работа с аппаратом ЭКГ	79	128
8	Иммобилизация поврежденных конечностей	17	22
9	Прием родов у рожениц	0	0

10	в/в инъекции	180	217
----	--------------	-----	-----

Вывод: Из таблицы видно, чаще всего мне приходилось записывать ЭКГ, выполнять подкожные, внутримышечные и внутривенные инъекции. Число произведенных мною манипуляций в 2022г выросло, так как появилось новое оборудование в отделении СМП.

Скорая помощь призвана решать первоочередные задачи экстренной и неотложной медицины на догоспитальном этапе. Работая фельдшером СМП, я беру на себя большую ответственность за жизнь и здоровье людей, поэтому стараюсь постоянно повышать свой профессиональный уровень, качество оказываемой помощи, совершенствовать выполнение медицинских манипуляций, совершенствую работу на современной медицинской аппаратуре, изучаю новинки фармацевтического рынка. Регулярно посещаю лекции и семинары, проводимые в Яшкинском филиале ГАУЗ " КГКБ № 4 ".

6. Организация фармацевтического порядка на рабочем месте.

Организация фармацевтического порядка, нормативные документы (основные лекарственные препараты, используемые на рабочем месте, учет, хранение).

Учёт медикаментов, перевязочного материала и изделий медицинского назначения в МО регламентируется приказами:

- «Инструкция по учету медикаментов, перевязочных средств и изделий медицинского назначения в лечебно-профилактических учреждениях здравоохранения», утвержденная Приказом Минздрава от 02.06.1987 N 747.
- постановление № 681 от 30 июня 1998 года «Постановление РФ об утверждении перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации»
- приказ № 706н от 23 августа 2010 года «Приказ об утверждении Правил хранения лекарственных средств»
- закон № 61-ФЗ от 12 апреля 2010 года «Федеральный закон об обращении лекарственных средств»

Помещение для хранения лекарственных средств оборудовано кондиционером, позволяющим обеспечить хранение лекарственных средств в соответствии с указанными во вторичной (потребительской) упаковке, требованиями производителей лекарственных средств, также оборудовано

форточками, фрамугами, вторыми решетчатыми дверьми. Помещение для хранения лекарственных средств обеспечено стеллажами, поддонами, шкафами (шкафы пронумерованы), подтоварниками. Отделка помещения для хранения лекарственных средств (внутренние поверхности стен, потолков) гладкая и допускает возможность проведения влажной уборки, также в помещении установлен гигрометр и тетрадь учета влажности и микроклимата.

Отпуск спирта производится на основании требования старшего фельдшера и заверяется подписью заведующего отделением, по отдельной доверенности, которая дает право на получение спирта в течении одного месяца. Для учета и хранения спирта заполняется журнал списания этилового спирта.

Работа с НС и ПВ регламентируется приказами:

-МЗ РФ № 484н от 24.07.2015г. «Об утверждении специальных требований к условиям хранения наркотических средств и психотропных веществ, зарегистрированных в установленном порядке в РФ в качестве лекарственных средств, предназначенных для медицинского применения в аптечных лечебно-профилактических учреждениях»;

- Постановление правительства №681 от 30.06.1998г. «Об утверждении перечня наркотических средств, психотропных веществ подлежащих контролю в Российской Федерации».

Согласно этим приказам, МО, не имеющие своих аптек, должны получать НС и ПВ только в виде готовых лекарственных форм. Лекарства, содержащие наркотические средства, полученные из аптек, должны иметь на этикетке обозначения: «внутреннее», «наружное», «для инъекций». Хранятся НС и ПВ только в сейфе, прикрепленном к полу или стене, в специально отведенном помещении, на внутренней стене сейфа указывается список НС и ПВ с указанием высших разовых и суточных доз. Хранятся различные формы НС и ПВ строго отдельно друг от друга. Запас не должен превышать суточной потребности. В МО имеется внутренний приказ №202 от 13.08.2015г. «О порядке приобретения, хранения, учета, отпуска, использования наркотических лекарственных средств, психотропных веществ, внесенных в список II, и психотропных веществ внесенных в список III, в соответствии с Федеральным законом №О наркотических средствах и психотропных веществах», который регламентирует назначение, применение и списание использованных ампул из-под наркотических и психотропных препаратов. В отделении СМП, в каждой бригаде имеется свой журнал учета НС и ПВ, в котором медицинские работники расписываются, когда принимают и сдают смену. По показаниям вскрытие ампул и введение НС и ПВ пациенту производится врачом или фельдшером скорой помощи с пометкой в карте: о цели введения, с точным указанием

времени, дозы лекарственного препарата и заверяется подписями медицинских работников. Пустые ампулы сдаются старшему по смене, который в свою очередь заполняет карту о списании НС и производит списание в журнале учета НС и ПВ, далее в установленном порядке (старший по смене ст. фельдшер главная мед. сестра).

Журнал прошнурован, пронумерован и заверяется подписью руководителя МО, заведующего отделением, старшего фельдшера.

В шкафах лекарственные средства хранятся по физико-химическим свойствам, по способу хранения, строго по группам. Внутренние отдельно от парентеральных. Все медикаменты строго в заводских упаковках, пересыпать и перекладывать строго запрещено. Дезинфицирующие средства хранятся отдельно от медикаментов. Плазмозамещающие растворы хранятся при температуре +8 до +15, в защищенном от света месте.

Резиновые изделия хранятся в сухом, защищенном от света месте, при температуре от 0 до +20, вдали от агрессивных веществ (формалин, кислоты, щелочи).

Пластмассовые изделия хранятся в проветриваемом, темном помещении, не менее 1 метра от отопительных приборов, при влажности не менее 65%.

Перевязочные средства и вспомогательный материал хранятся в проветриваемом помещении, в шкафах, стеллажах, окрашенных в светлый свет. Стерильный перевязочный материал хранят строго в заводской упаковке.

7. Санитарно-эпидемический режим

При оказании медицинской помощи строго соблюдаю санитарно-эпидемические правила. Комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий направлен на предупреждение возникновения, распространения инфекции.

Санитарно-эпидемический режим регламентирован следующими нормативно-правовыми актами

- Сан Пин 3.3686-21 "Санитарно-эпидемические требования по профилактике инфекционных болезней" с 01.09.2021;

Все изделия медицинского назначения (одноразовые шприцы, системы, зонд, катетеры, перчатки, и т. д.) имеющие контакт с биологическими жидкостями пациента после каждого больного, я собираю на месте оказания медицинской помощи в специальные контейнера для сбора и хранения, транспортировки отработанных медицинских материалов и инструментов КДХТ-01, с предварительно установленным в них мешком желтого цвета с маркировкой «отходы класса Б».

После заполнения контейнера на 3/4 (не реже один раз в 8 часов), я сдаю герметично закрытый контейнер персоналу, непосредственно осуществляющему сбор, временное хранение, утилизацию отходов класса «Б» в кабинет для сбора и утилизации отходов подстанции № 5 для дальнейшей утилизации с применением стерилизатора парового Гпа – 10 – ПЗ, и получаю новые контейнеры.

Иглы от одноразовых шприцов, периферических катетеров после их применения, я собираю в не прокалываемый, герметично закрывающийся контейнер с иглосъемником желтого цвета с маркировкой «отходы класса Б» на месте вызова бригады ССПМ. После заполнения контейнера на $\frac{3}{4}$ (но не реже одного раза в смену), я сдаю герметично закрытый контейнер персоналу, непосредственно осуществляющему сбор, временное хранение, утилизацию отходов класса «Б» для дальнейшей утилизации на центральной подстанции.

Согласно инструкции, каждый автомобиль скорой помощи укомплектован укладкой для проведения текущей дезинфекции салона санитарного автомобиля в случае загрязнения его биологическими жидкостями пациента при транспортировке. Если в процессе работы возникают ситуации связанные с загрязнением салона санитарного автомобиля или медицинского оборудования биологическими жидкостями пациента, места загрязнения я обеззараживаю немедленно. Комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий направлен на предупреждение возникновения, распространения инфекции.

Состав дезинфекционной укладки:

- Контейнер «ДЕЗУПАК» с одноразовыми салфетками, замоченными в дезинфицирующий раствор «АМИКСИДИН 0,5%»;
- Готовый дезинфицирующий раствор с насадкой распылителем - «Поликлин – спрей».

Обработку воздуха в салоне санитарного автомобиля во время и после транспортировки инфекционных больных я производю с применением облучателя — рецикулятора ультрафиолетового ОРУБ — СП - «КРОНТ». Ведется строгий учет наработки часов бактерицидной установки с регистрацией в журнале установленного образца.

После перевозки инфекционных больных, обработка салона производится немедленно силами персонала стационара, принявшего больного. В конце рабочей смены я провожу в салоне санитарного автомобиля профилактическую дезинфекцию (стены, потолок, медицинская аппаратура, носилки и т.д.) тканевыми салфетками «ДЕЗУПАК» пропитанными дезинфицирующим раствором «АМИКСИДИН 0,5%» с интервалом 15 минут. Отработанные салфетки собираю в контейнер с маркировкой отходы класса «Б». Обработку пола санитарного автомобиля производит уборщик служебных и производственных помещений под моим контролем.

В машинах скорой помощи 1 раз в семь дней проводится генеральная дезинфекция салона и его оборудования с применением аппаратных методов обеззараживания согласно утвержденного графика.

При проведении парентеральных манипуляций и контакте с кровью или другими биологическими жидкостями пациента, использую средства индивидуальной защиты: маска, перчатки.

Комплектация укладки экстренной профилактики парентеральных инфекций в соответствии с приказом МЗ РФ № 1н от 09.01.2018г. «Об утверждении требований к комплектации лекарственными препаратами и медицинскими изделиями укладки экстренной профилактики парентеральных инфекций для оказания первичной медико – санитарной помощи, скорой медицинской помощи, специализированной медицинской помощи и паллиативной медицинской помощи»:

1. Йод 5 % спиртовой раствор (раствор для наружного применения) - 1 флакон.
2. Спирт этиловый 70 % (раствор для наружного применения) - 100,0 мл.
3. Лейкопластырь бактерицидный (не менее 1,9 см x 7,2 см) - 3 шт.
4. Салфетка марлевая медицинская стерильная (не менее 16 см x 14 см, № 10) – 1 уп.
5. Бинт марлевый медицинский стерильный (5 см x 10 см) – 2 шт.

В укладку вложен четкий алгоритм действия медицинского персонала при возникновении аварийной ситуации. В случае возникновения аварийной ситуации при выполнении манипуляций я должна использовать укладку для экстренной профилактики парентеральных инфекций провести ряд профилактических мероприятий, а именно:

Действия медицинского работника при аварийных ситуациях:

1. В случае порезов и уколов кожи:

- снять перчатки (при сильном загрязнении перчаток биологическим материалом перед снятием перчатки обработать дезинфицирующим средством), вымыть руки с мылом под проточной водой, обработать 70 % спиртом, далее смазать ранку 5 % спиртовым раствором йода.

2. При попадании крови или других биологических жидкостей на кожные покровы:

- обработать кожу 70 % спиртом, обмыть водой с мылом и повторно обработать 70 % спиртом.

3. При попадании крови и других биологических жидкостей пациента на слизистую глаз, носа и рта:

- ротовую полость промыть большим количеством воды и прополоскать 70 % раствором этилового спирта;
- слизистую оболочку носа и глаза обильно промывают водой (не тереть).

4. При попадании крови и других биологических жидкостей пациента на халат, одежду:

- снять рабочую одежду и погрузить в дезинфицирующий раствор;
- кожу рук и другие участки тела под загрязненной одеждой протереть 70 % спиртом;
- снять и обеззаразить перчатки.

В случаи возникновения аварийных ситуаций на месте вызова бригады СМП, после проведения всех противоэпидемических мероприятий, я должна получить у пациента информированное согласие на проведение обследования на ВИЧ-инфекцию методом экспресс-тестирования на антитела к ВИЧ с обязательным направлением образца из той же порции крови для стандартного тестирования на ВИЧ и вирусные гепатиты В и С в Яшкинский филиал ГАУЗ "КГКБ № 4 "

После завершения вызова я должна вернуться на подстанцию и поставить в известность заведующего подстанцией, старшего врача смены. Факт возникновения аварийной ситуации я должна зарегистрировать в журнале

учета аварийных ситуаций, который хранится на центральной подстанции в кабинете «Амбулаторного приёма».

В случае получения травмы при оказании медицинской помощи я обязана выполнить тест на беременность (проводится медицинским работникам женщинам), пройти обследование на ВИЧ и вирусные гепатиты В и С в Яшкинский филиал ГАУЗ "КГКБ № 4", и начать прием антиретровирусных препаратов.

Лабораторное обследование на HBS AG, АНТИ-ВГС и ВИЧ проводятся: На момент аварийной ситуации, через 3. 6. 12 месяцев после травмы.

За 2021-2022 гг. на рабочем месте не зарегистрировано ни одного случая аварийной ситуации.

8. Инструкция по соблюдению мер инфекционной безопасности для специализированных выездных бригад скорой медицинской помощи

В 2020 году весь мир столкнулся с новой эпидемией COVID-19, в связи с этим появились новые приказы в работе скорой помощи, а именно:
-приказ Минздрава России от 19.03.2020г №198н « О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19»

1. Медицинские работники специализированной выездной бригады скорой медицинской помощи, выполняющей вызов к пациенту с подозрением на новую коронавирусную инфекцию COVID-19, непосредственно перед выездом надевают средства индивидуальной защиты. Средства индивидуальной защиты меняются после каждого больного.
2. Водитель специализированной выездной бригады скорой медицинской помощи также обеспечивается средствами индивидуальной защиты.
3. В процессе медицинской эвакуации пациента с подозрением на новую коронавирусную инфекцию COVID-19 дезинфекция воздуха в салоне автомобиля скорой медицинской помощи обеспечивается бактерицидными

облучателями и (или) другими устройствами для обеззараживания воздуха и (или) поверхностей.

4. В случае загрязнения салона биологическим материалом от пациента с подозрением на новую коронавирусную инфекцию COVID-19 места загрязнения незамедлительно подвергают обеззараживанию.

5. Водитель и медицинские работники специализированных выездных бригад скорой медицинской помощи обязаны продезинфицировать обувь, средства индивидуальной защиты рук в отведенных местах после передачи пациента в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь в стационарных условиях, специально созданную для данного контингента пациентов (далее -специальная медицинская организация).

6. После завершения медицинской эвакуации пациента с подозрением на новую коронавирусную инфекцию COVID-19 в специальную медицинскую организацию автомобиль скорой медицинской помощи и предметы, использованные при медицинской эвакуации, обеззараживаются силами дезинфекторов на территории специальной медицинской организации на специально оборудованной площадке со стоком и ямой.

7. При невозможности проведения дезинфекции салона автомобиля скорой медицинской помощи силами дезинфекторов на территории специальной медицинской организации дезинфекция проводится водителем и медицинскими работниками специализированной выездной бригады скорой медицинской помощи.

8. Дезинфекции в салоне автомобиля скорой медицинской помощи подвергают все поверхности в салоне, в том числе поверхности медицинских изделий.

9. Обработка поверхностей проводится способом протирания ветошью, смоченной дезинфицирующим раствором, или способом орошения путем распыления дезинфицирующего раствора.

10. После экспозиции дезинфицирующий раствор смывают чистой водой, протирают сухой ветошью с последующим проветриванием до исчезновения запаха дезинфектанта.

11. Средства индивидуальной защиты, использовавшиеся при оказании медицинской помощи, уборочную ветошь собирают в пакеты и сбрасывают в

специальные контейнеры для отходов класса В на территории специальной медицинской организации.

12. После проведения дезинфекции в салоне автомобиля скорой медицинской помощи при возвращении специализированной выездной бригады скорой медицинской помощи на станцию (подстанцию, отделение) скорой медицинской помощи проводится обеззараживание воздуха и поверхностей салона автомобиля скорой медицинской помощи бактерицидными облучателями и (или) другими устройствами для обеззараживания воздуха и (или) поверхностей в течение не менее 20 минут.

13. Водитель и медицинские работники специализированной выездной бригады скорой медицинской помощи после выполнения вызова обязаны пройти санитарную обработку, включающую протирание открытых участков тела кожным антисептиком.

Дезинфицирующие средства, применяемые на рабочем месте.

В настоящее время в отделении применяют современные дезинфицирующие средства, которые подвергаются ротации 1 раз в 9 месяцев. Ротация- это последовательная замена дезинфектанта из одной химической группы на дезинфектант другой химической группы.

Цель ротации - предупреждение возможного формирования резистентных к дезинфектантам штаммов микроорганизмов.

В отделении имеются дезинфицирующие средства:

1. Хлорсодержащие (хлор-атака, хлор септ);
2. ЧАС (четвертичные аммониевые соединения) (трилокс, приоль, ажевика).

В соответствии с методическими указаниями к дезинфицирующим растворам разработаны режимы дезинфекции для работы отделения.

Разработаны графики генеральных уборок, проведение которых фиксируется в журнале.

9. Охрана труда медицинского персонала на рабочем месте

Все лица, принимаемые на работу МО, проходят вводный инструктаж у инженера по охране труда. Вводный инструктаж включает в себя: инструктаж по правилам санитарии и гигиене труда; противопожарной охране; по правилам внутреннего распорядка МО. Затем уже на рабочем месте проводится первичный инструктаж. Так же существует повторный, внеплановый и целевой инструктажи.

Первичный проводится на рабочем месте, до начала самостоятельной работы.

Повторный проходят все работники не реже 1 раза в 6 месяцев.

Внеплановый проводится при вступлении в действие новых изменений, действующих законов и правовых актов, содержащих нормы, требования и инструкции по охране труда:

- замене оборудования, приспособлений, влияющих на безопасность труда;
- нарушение требований по ТБ и охране труда;
- перерыв в работе более 30ти дней.

Целевой инструктаж проводится при выполнении разовых работ, при ликвидации последствий аварий, стихийных бедствий.

При выявлении нарушений ТБ немедленно следует остановить работу неисправного оборудования. При возникновении пожара сообщить по телефону в ПЧ и администрацию МО, принять меры по эвакуации людей из помещения и приступить к тушению пожара, имеющимися средствами (углекислотный огнетушитель ОУ-5).

10. Предложения по улучшению работы

Для улучшения работы СМП хотелось бы, чтоб правительство позаботилось о безопасности работников скорой помощи, из-за участвовавших случаев нападения на медицинских работников, и приняло законопроект о приравнивании работников скорой помощи к работникам полиции, что хоть немного смогло бы нас защитить. Потому что мы, в отличие от других медицинских работников, находимся на территории самих пациентов, где они могут находиться в алкогольном и наркотическом опьянении, в состоянии агрессии, а мы из-за нехватки кадров часто работаем по одному и сами себя защитить порой не можем. А также хотелось бы:

Шире использовать средства массовой информации (радио, печать) для ознакомления населения с работой отделения скорой помощи и порядком обращения на 03;

совершенствование компьютеризированной системы приема вызовов, что позволит более дифференцировано направлять бригады на вызовы.

Дальнейшее укрепление материально-технической базы ОСМП:

1. оснащение более совершенной мобильной радиосвязью машины и отделение;

2. внедрение новой системы навигации
3. оснастить все выездные бригады современными легкими дефибрилляторами,

11. Санитарно-просветительная работа

Санитарное просвещение является частью комплекса профилактических и лечебных мероприятий, проводимых с пациентами. Проведение санитарно-гигиенических, санитарно-противоэпидемических мероприятий является моей профессиональной обязанностью. Фельдшера ежедневно проводят разъяснения, дают советы пациентам и их родственникам.

Работая на ОСМП систематически провожу на вызовах санитарно просветительную работу по укреплению здорового образа жизни, рассказываю о необходимости своевременного лечения. Обучаю особенностям ухода за пациентами, в частности за пациентами после ОНМК, онкологическими пациентами и пациентами с травмой позвоночника, о правильном питании, режиме дня, занятиях физическими упражнениями.

По мере развития медицины постоянно усложняется деятельность средних медицинских работников, фельдшер скорой помощи работает со сложной техникой, выполняет ответственные манипуляции, которые до недавнего времени выполняли только врачи. Важным является установление контакта и доверительных взаимоотношений с пациентами и их родственниками, этому способствует здоровый психологический климат в нашем учреждении, хорошие деловые отношения, основанные на взаимном уважении между сотрудниками и администрацией. Нельзя свои проблемы переносить на пациентов, нужно нести добро и позитив, что уже является частью лечения, Иногда достаточно просто выслушать, дать совет, поговорить с пациентом.

При выборе формы общения с людьми следует учитывать его эмоциональное состояние, интеллект, образование, особенность личности.

Важно выбрать умение слушать человека, устранить страх и беспокойство, вселить в него уверенность, в силу выздоровления. В разговоре следует следить не только за содержанием речи, но и ее формой, мимикой, жестами, проявлять искреннее сочувствие к его страданиям. Нужно всегда помнить, что одной из важнейших требований к медработнику является сохранение тайны пациента. Медицинский работник всегда должен иметь аккуратный вид, быть собранным, приветливым, раздражительность и капризность здесь неуместны. Недопустима фамильярность, которая мешает нормальным

отношениям между пациентом и фельдшером. Взаимоотношения между фельдшером и родственниками пациента должны складываться также с учетом интересов самого пациента. В ЯРБ, под руководством главной медицинской сестры, регулярно выпускаются стенгазеты, оформляются стенды на различные темы: профилактика ВИЧ-инфекции, гриппа, туберкулеза, о здоровом образе жизни.

12. Планы на будущее

1. Постоянно повышать уровень знаний, посещая тематические медицинские конференции и лекции, регулярно проходить циклы усовершенствования и специализации.
2. Самостоятельно изучать современную медицинскую литературу, в том числе и профильную.
3. Улучшать качество обслуживания вызовов, оперативные показатели.
4. Расширять круг практических навыков.
5. Внедрять в практику передовые методы работы.
6. Непрерывно проходить обучение в НМО.
7. Улучшить качество оказываемой медицинской помощи населению.

В целом, основная моя задача, обеспечить отлаженное, безотказное высококвалифицированное обслуживание всех обратившихся за скорой медицинской помощью.

Медицинская литература:

Руководство по скорой медицинской помощи А.Л. Вёрткин и К.А. Свешников.

Подпись: _____ Лазарюк И.М.

« ____ » _____

%) – сельскохозяйственные угодья.

Яшкинский район образован на основании Постановления ВЦИК от 20 июня 1930 года. Ранее территория входила в состав Томской губернии, с 1937 года до образования Кемеровской области в 1943 году — в составе Новосибирской области. С 1931 по 1940 год район был упразднён, восстановлен Указом Президиума Верховного Совета РСФСР от 26 марта 1940 года. В 1963 году был вновь упразднён, но в 1965 году вновь восстановлен.

В состав района входят 1 городское: Яшкинское городское поселение — п. Яшкино и 10 сельских поселений, объединяющих 52 сельских населённых пункта:

Акациевское сельское поселение — п. Акация

Дубровинское сельское поселение — п. Яшкинский

Колмогоровское сельское поселение — с. Колмогорово

Ленинское сельское поселение — п. Ленинский

Литвиновское сельское поселение — п.ст. Литвиново

Пачинское сельское поселение — с. Пача

Пашковское сельское поселение — с. Пашково

Поломошинское сельское поселение — с. Поломошное

Таловское сельское поселение — с. Таловка

Шахтёрское сельское поселение — п. Шахтер

По состоянию на 1 января 2019 года численность населения района составляет 27772 человек, взрослое население 21829 человек.

С 1912 года действовал Яшкинский цементный завод. В 1979 году был образован Яшкинский цементно-шиферный комбинат, в состав которого вошёл и цементный завод «Красный строитель», к сожалению ныне не существующий.

На территории района находится музей-заповедник «Томская писаница» и слабominеральный источник Иткаринский водопад.

В отраслевой структуре инвестиций района лидируют пищевая промышленность и сельское хозяйство. Основным направлением использования инвестиционных ресурсов является модернизация промышленного производства. Активную реконструкцию и техническое перевооружение производства осуществляет ОАО «Яшкинский пищекомбинат».

1

проводилась в 2018 году.

7

4.2 Основные демографические показатели участка

Таблица № 1

Показатели	2016	2017	2018
Населения участка (чел)	1896	1803	1710
Из числа населения мужчины (%)	41,5	41,5	39,5
Из числа населения женщины (%)	58,5	58,5	60,5
Из них женщины детородного возраста (%)	46,3	46,3	48,1
Работающее население (чел)	1120	1031	980
Неработающее население (чел)	682	704	770
Инвалиды ВОВ (чел)	5	2	0
Участники ВОВ (чел)	7	3	1
Ликвидаторы аварии на ЧАЭС (чел)	-	-	-

Вывод: Сравнивая демографические данные видно, что численность населения участка за последний год уменьшилось на 93 человека. Соотношение числа мужчин и женщин остается стабильным, по-прежнему преобладает женское население. Отмечается увеличение неработающего населения, это связано с ростом безработицы. За три года прослеживается тенденция к уменьшению численности населения пос. Яшкино.

4.3 Структура населения

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ ПО ВОЗРАСТУ

Таблица №2

17-18	19-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81-90 и старше
65	296	364	439	210	240	86	10

Вывод: Из таблицы №2 и диаграммы №1 делаем вывод, что наибольший удельный вес по годам составляют мужчины и женщины в возрасте 30-55 лет, преобладает женское население.

4.4 Основные показатели деятельности на участке

Таблица №3

Показатели работы	2016	2017	2018
Численность населения участка	1896	1803	1710
Количество посещений к участковому фельдшеру на 1 жителя в год	2,1	2,3	3,4
ФВД	5869	5334	5600
Соотношение профилактических осмотров к посещению по поводу болезни (%)	1,8	1,1	0,95
Общая заболеваемость на 1000 населения	350,1	309,5	385,3
Нагрузка на 1 час на приеме	4,2	4,6	5,0
Нагрузка на 1 час на дому	2,0	2,0	2,0
Удельный вес активных посещений на дому от общего количества посещений (%)	74,1	76,2	83
Удельный вес посещений на дому от общего количества посещений	26,8	27,8	23,5
Число посещений на 1 жителя на дому	0,71	0,76	0,82

Таблица № 4

	2017г	2018г
--	-------	-------

Осмотрено пациентов всего	5511	6057
Осмотрено пациентов на дому	1021	1428
Активные посещения на дому	771	1031

Ввод: Нагрузка участкового фельдшера на приеме и на дому соответствует нормативам. Снижение процента профилактических осмотров к посещению по поводу болезни обусловлено проведение профилактических осмотров в свободное от работы время, как платные услуги. При анализе показателей болезненности и заболеваемости отмечается тенденция к росту, что можно объяснить доступностью медицинской помощи, более четкой регистрацией заболеваемости, чему способствовала компьютеризация статистического учета и внедрение новых методов обследования. Увеличился процент активных посещений к хроническим и острым больным, в связи с возрастающим значением профилактического направления медицины и стабильности работы участкового фельдшера.

Нагрузка на приеме и на дому зависит от многих факторов: сезонности, дней недели, характера посещений поликлиники в течение одного рабочего дня. Наибольшая посещаемость приходится на осеннее – зимний период и зимне-весенний. По дням наибольшая нагрузка в понедельник и в пятницу, по часам с 9 до 12 часов, профилактическая работа проводится в течение года.

4.5 Заболеваемость на участке

За отчетный период по основным группам можно представить в следующей таблице

Заболеваемость на участке

Таблица №1

	2016 год	2017 год	2018 год
Болезни органов кровообращения (ревматизм, ГБ, ИБС)	390	463	595
Болезни органы дыхания (ХОБЛ, БА, о. пневмония)	96	84	72
Болезни органов пищеварения	123	137	126

Вывод: Из приведенной таблицы №1 видна тенденция к снижению заболеваний системы органов пищеварения, органов дыхательной системы и увеличения выявляемости заболеваний системы органов кровообращения. Данная динамика, возможно, является результатом комплекса мероприятий, проводимых по профилактике данных заболеваний. Все больные с впервые выявленными заболеваниями, нуждающиеся в диспансерном наблюдении, в 100% случаев берутся на ДУ. 10

**ПОКАЗАТЕЛИ ОБЩЕЙ И ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ
НА 1000 НАСЕЛЕНИЯ**

Таблица №2

Нозология	Общая заболеваемость			Первичная заболеваемость		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018
Болезни органов кровообращения	121,3	119,9	123,5	4,2	3,7	4,7
Болезни органов дыхания	58,8	56,1	66,8	47,4	41,7	48,7
Болезни органов пищеварения	53,6	49,5	59,5	3,4	2,0	4,6
Болезни костно-мышечной системы	63,3	60,5	66,0	1,7	1,2	2,3
Болезни мочеполовой системы	27,3	21,2	29,9	1,7	1,63	1,1
всего	350,1	309,5	385,3	61,3	53,6	64,1

Вывод: Из таблицы №2 видно, что в структуре общей и первичной заболеваемости на первом месте стоят заболевания системы кровообращения, на втором месте – болезни органов дыхания, на третьем месте – болезни костно-мышечной системы, на четвертом месте – болезни органов пищеварения.

Отмечается рост общей и первичной заболеваемости по всем нозологиям, что в значительной степени связано с социальными факторами, ростом стрессовых ситуаций, гиподинамией, злоупотреблением алкоголем, несбалансированным питанием, отсутствием возможности оздоровления в санаториях, позднем обращении в МО, низкой покупательной способностью новых высоко эффективных препаратов.

**ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ
ТРУДОСПОСОБНОСТИ**

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности снизилась как в днях, так и в случаях. Процент выдачи Листков временной нетрудоспособности несколько снизился в 2018 году.

Временная нетрудоспособность

Таблица № 3

	2017	2018
	По участку	По участку
Число случаев нетрудоспособности	1078	904
Число дней нетрудоспособности	12504,8	911,8
Средняя длительность одного случая	11,6	7,8
Процент выдачи листков нетрудоспособности	17,8	15,1
Первичный выход на инвалидность	11,0	10,1

Вывод: Среди причин первичной инвалидизации наиболее значимы болезни органов кровообращения, злокачественные новообразования, болезни органов дыхания.

ПЕРВИЧНЫЙ ВЫХОД НА ИНВАЛИДНОСТЬ

За отчетный период группу инвалидности получило 64 человек.

Первичный выход на инвалидность

Таблица №4

	1 группа	2 группа	3 группа	Всего
2016	3	11	14	28
2017	1	9	10	20
2018	1	5	10	16
Всего	5	25	34	64

График №1

Вывод: Анализируя эти данные, можно отметить, что максимальный выход на инвалидность наблюдался в 2016 году, что связано с ростом числа заболеваний органов кровообращения, ЦВЗ. В 2017 году первичный выход уменьшился

Первичный выход на инвалидность за отчетный период**Диаграмма №1**

Первичный выход на инвалидность по нозологиям

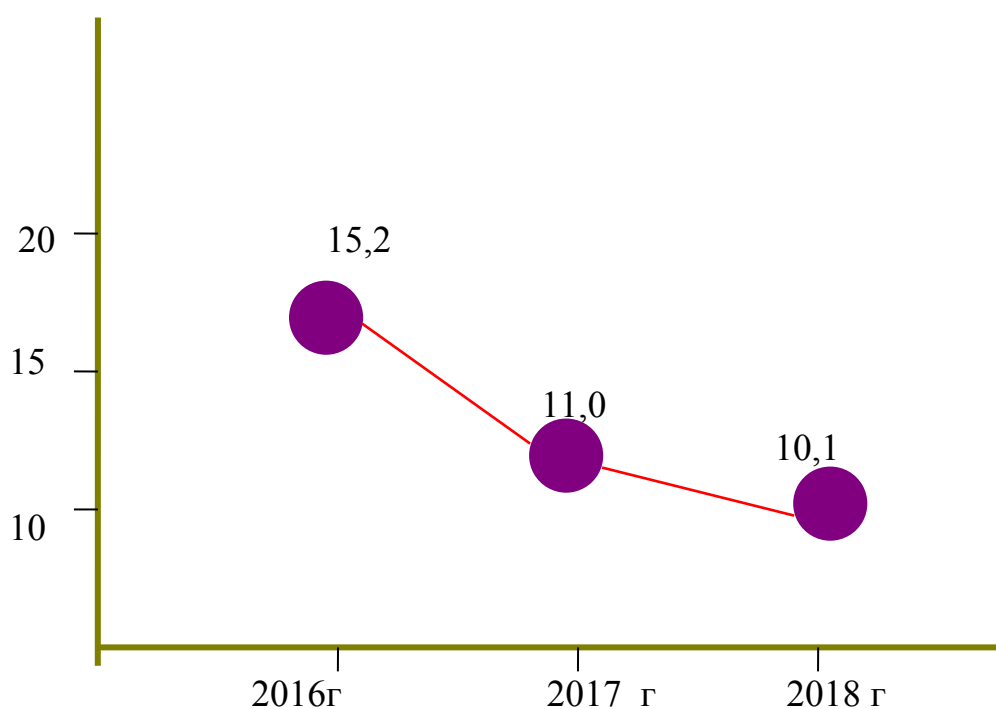
Заболевание органов кровообращения – 44 случая (69%)

Травмы и заболевания ОДА – 11 случаев (19%)

Онкология – 7 случаев (11%)

ПЕРВИЧНЫЙ ВЫХОД НА ИНВАЛИДНОСТЬ НА 10000 ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ

График №2



Первичный выход на инвалидность лиц трудоспособного возраста

Таблица №2

	2016	2017	2018
Случаи	9	8	7
На 10000 населения	15,2	11,0	10,1

Вывод: Из приведенных таблиц, графиков и диаграмм видно, что первичный выход на инвалидность на моем участке уменьшился в 2017-2018гг. Первичный выход на инвалидность лиц трудоспособного возраста в 2018 году уменьшился на 22 %. Учитывая то, что чаще всего получают инвалидность лица с заболеванием органов кровообращения, провожу

мероприятия по снижению первичного выхода на инвалидность. Стараюсь добиваться:

14

-Стационарного лечения 100% длительно болеющих с использованием всех возможных лабораторных и инструментальных методов исследования с целью раннего выявления и лечения заболевания.

-Качественного диспансерного наблюдения больных в группе ИБС, ГБ со своевременным трудоустройством по заключению ВК и МСЭ.

-Больше уделять внимания санитарно – просветительной работе.

ИНФЕКЦИОННАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ

Инфекционная заболеваемость на участке

Таблица №1

Нозология	2016	2017	2018	Всего
ОРВИ	310	375	336	1021
Грипп	11	14	9	34
Ангина	10	7	8	25
Кишечные инфекции	2	4	2	8
Вирусный гепатит С	—	1	1	2
Носители HBsAg	2	1	1	4
Ветряная оспа	—	1	1	2

Вывод: Из таблицы №1 видно, что значительная часть заболеваний - это ОРВИ. В случае выявления ангины, обязательно берутся мазки, на VL и два дня наблюдаем больных на дому, проводится лабораторное обследование (ОАК, ОАМ, БХА). При выявлении кишечной инфекции обследуем декретируемые контингенты, находившиеся в контакте, проводим наблюдение в очаге в течение положенного срока. Все лица, являющиеся носителями HBsAg и переболевшие вирусным гепатитом консультированы инфекционистом и берутся на ДУ.

На моем участке 95% населения привито АДСМ, от гриппа привито 595 человек.

4.6 Диспансеризация

Диспансеризация - это система мероприятий профилактического и лечебного характера, активное динамическое наблюдение за состоянием здоровья населения с целью раннего выявления заболеваний, взятие их на учет и комплексное лечение больных. Основным нормативно-правовым документом, регламентирующим организацию диспансерного наблюдения за состоянием здоровья граждан является Порядок проведения диспансерного наблюдения, утвержденный Приказом Минздрава России от 21 декабря 2012г № 1344н.

Отбор контингента, подлежащего диспансерному наблюдению, проводится динамически, т.е. на протяжении всего календарного года. Основная работа по отбору осуществляется во время приема в поликлинике. Используются данные целевых медосмотров, сведения о выписанных из стационара, заключений КЭК.

Основным рабочим документом является амбулаторная карта больного (форма № 025/у-04) и Контрольная карта диспансерного наблюдения (форма №030/у-04). Эта карта является оперативным контрольным документом, позволяющим обеспечить своевременность активного динамического наблюдения за состоянием здоровья и проведение необходимых лечебно-профилактических и оздоровительных мероприятий, вытекающих из индивидуального плана лечения.

Контрольная карта ни в коем случае не заменяет амбулаторную карту. Она существует для удобства ведения диспансерной работы: контроль над периодичностью осмотров, за посещениями пациента врачей. В контрольную карту вносят паспортные данные пациента, отметки о предыдущих явках, сроки последующего диспансерного осмотра, фиксируют случаи временной утраты трудоспособности.

В амбулаторной карте каждого диспансерного пациента имеется индивидуальный план лечения и обследования, который составляется участковым фельдшером ежегодно, где указываются конкретные сроки необходимых обследований в зависимости от нозологической формы заболевания, проведение консультаций узких специалистов, указание видов и методов рекомендуемого лечения и лечебно-оздоровительных мероприятий. В конце года участковый фельдшер обязательно проводит анализ своей работы по каждому пациенту из диспансерной группы: в амбулаторной карте пишется годовой этапный эпикриз, в котором отмечают: исходное состояние, проведенные лечебно-профилактические и оздоровительные мероприятия и их исход — улучшение, ухудшение состояния диспансеризуемого.

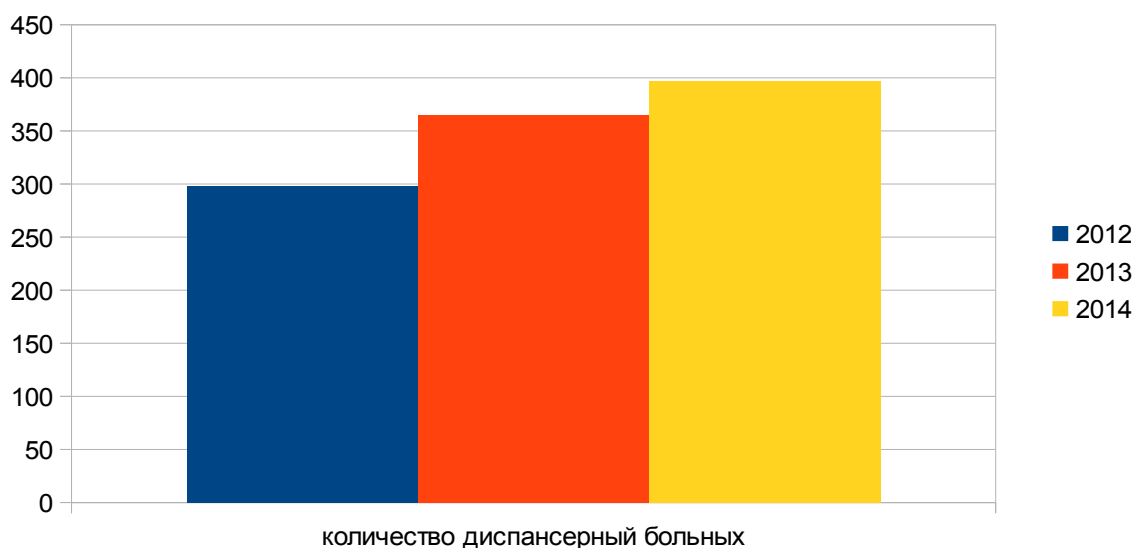
Длительная работа врача на одном участке с постоянным контингентом дает положительные результаты: изменяется отношение наблюдаемых к проводимым лечебно-профилактическим мероприятиям, большинство начинает считать их необходимыми, повышается личная ответственность пациента, медицинская культура. Для этого проводится санитарно-просветительская работа, индивидуальные беседы.

ЧИСЛО ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ДИСПАНСЕРНОМ УЧЕТЕ ПО ГОДАМ

Таблица №1

Год	2016	2017	2018
Количество диспансерных больных	398	445	497

16



Количество диспансерных больных

Диаграмма №1

Вывод: В динамике отмечается увеличение числа пациентов, подлежащих диспансерному наблюдению.

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПО НОЗОЛОГИЯМ

Таблица №2

Нозология	Участок		
	2016	2017	2018
Артериальная гипертензия	151	169	180
ИБС	39	63	82
Язвенная болезнь 12-ти перстной кишки и желудка	41	31	20
Бронхиальная астма	15	13	19

Сахарный диабет 2 типа	44	52	72
------------------------	----	----	----

17

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПО НОЗОЛОГИЯМ

Диаграмма № 2

Вывод: Из приведенных таблиц и диаграмм таблицы видно, что наибольшее количество лиц, состоящих на диспансерном наблюдении, страдают гипертонической болезнью.

Гипертонической болезнью страдают:

- по возрастному признаку

До 30 лет	30-55 лет	Старше 55
5	73	102

Для эффективного снижения заболеваемости гипертонической болезнью я использую комплекс мероприятий.

В него входят медикаментозные и не медикаментозные методы лечения для предупреждения артериальной гипертонии. При медикаментозном лечении основными группами препаратов являются препараты, не

нарушающие углеводный, липидный, пуриновый обмены, не задерживающие в организме жидкость, не угнетающие активность ЦНС. К ним относятся: диуретики, бета-адреноблокаторы, антагонисты кальция, ингибиторы АПФ, блокаторы рецепторов ангиотензина II, альфа-адреноблокаторы.

18

Препаратами первого выбора являются ингибиторы АПФ, бета-блокаторы и диуретики. При наличии противопоказаний к ним и при наличии сопутствующих заболеваний подбирают препараты других групп.

Немедикаментозные методы лечения и предупреждения АГ

- увеличение физической активности по рекомендации врача
- снижение веса, достигаемое специальной диетой. Диета снижает и уровень холестерина в крови
- ограничение употребления соли, суточный прием которой должен составить не более 5г.
- отказ от курения
- умение избегать стрессовых ситуаций или выходить из них с наименьшими потерями для здоровья
- рациональная организация труда
- трудоустройство лиц, страдающих гипертонической болезнью
- работа по профилактике развития гипертонической болезни: оздоровление трудящихся в профилактории с использованием лечебной физкультуры, массажа, физиотерапевтических процедур
- постоянное диспансерное наблюдение и противорецидивное лечение
- работа по выявлению артериальной гипертензии на приеме
- постоянно совершенствую санитарно-просветительную работу по профилактике гипертонической болезни

В поликлинике я проводила «Школу артериальной гипертензии» с июля 2014г по декабрь 2017г, обучение прошли по 30-36 человек в год.

ПРОЦЕНТ ОСМОТРА ДИСПАНСЕРНЫХ БОЛЬНЫХ

Таблица №3

Нозология	Участок		
	2016	2017	2018
Артериальная гипертензия (%)	99	99	100
ИБС (%)	96	98	100
Язвенная болезнь 12-ти перстной кишки и желудка (%)	97	97	98
Бронхиальная астма (%)	100	100	100
Сахарный диабет 2 типа (%)	100	100	100

Вывод: За отчетный период увеличилась полнота охвата диспансерным наблюдением. Своевременность взятия на диспансерный учет по нозологиям на протяжении трех лет – 100%. Имеются резервы прироста диспансерной группы больных за счет ИБС, артериальной гипертензии, сахарного диабета.



***ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЖЕНЩИН ДЕТОРОДНОГО
ВОЗРАСТА***

**Возрастной состав женщин фертильного возраста по отношению
к числу женщин на участке обслуживания**

Диаграмма №1

18-29 лет – 193 (18,4%), 30-39 лет – 164 (15,6%), 40-45 лет – 114 (10,9%),
другие возраста 480 (55,7%)

На участке с населением 1710 человека проживает 431 женщина фертильного возраста, что составляет 25% от всей численности. Всего женщин на участке 951.

За женщинами детородного возраста наблюдаем совместно с акушером-гинекологом, педиатром. Это способствует совершенствованию непрерывного наблюдения за беременной, новорожденным, кормящей матерью, ребенком первого года жизни.

При обращении женщины выявляется состояние её здоровья, намечается план профилактических мероприятий. При постановке беременной на учет в женской консультации терапевт дает заключение о перенесенных заболеваниях, о состоянии здоровья, дает рекомендации.

Все женщины с экстрагенитальной патологией ведутся совместно терапевтом и гинекологом.

В послеродовом периоде женщины обязательно осматриваются терапевтом, при необходимости проводится обследование, лечение, диспансерное наблюдение.

В случае детской и материнской смертности проводится индивидуальный разбор случаев с оценкой действий каждого медицинского работника, обеспечивающего охрану здоровья беременно, плода, новорожденного.

20

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ КОНТИНГЕНТА ОСОБОГО ВНИМАНИЯ (КОВ)

Данная категория пациентов была определена в 2003 году. К ней относятся: участники ВОВ; инвалиды ВОВ; участники боевых действий миротворческих миссий на территории др. государств; инвалиды - участники боевых действий и миротворческих миссий; участники боевых действий в Чеченской республике и прилегающих территорий; инвалиды – участники боевых действий в Чеченской республике и прилегающих территорий; лица, подвергшиеся воздействию радиации; инвалиды военной травмы из числа военнослужащих срочной службы и военной службы; родители, вдовы и дети военнослужащих, погибших при исполнении служебного долга; Герои Советского Союза; Герои Социалистического Труда; полные кавалеры орденов Славы; вдовы ИВОВ, УВОВ, Героев Советского Союз, Героев Социалистического Труда, полных кавалеров орденов Славы; блокадники Ленинграда; труженики тыла; узники концлагерей.

Больные КОВ находятся на диспансерном учете, на них заведена соответствующая документация, амбулаторные карты оформлены специальными обложками. Раз в год проводится комплексный осмотр и обследование, после чего составляется индивидуальной план лечебно – оздоровительных мероприятий, санитарно – курортного лечения и лечения в госпитале ветеранов войн. Немобильные больные осматриваются и обследуются на дому.

Повозрастная диспансеризация

Так же в рамках национального проекта в сфере здравоохранения за 2018 год провела большую работу по дополнительной диспансеризации населения в соответствии с Приказом МЗ № 869н от 26.10.2017г «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения», что является важнейшим разделом моей работы, которые

проводятся с целью выявления заболеваний в начальных стадиях и проведения необходимых лечебно-оздоровительных мероприятий.

Задачами дополнительной диспансеризации являются:

- * раннее выявление хронических неинфекционных заболеваний, являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности, факторов риска их развития;
- * определение группы здоровья, необходимых профилактических, лечебных, реабилитационных и оздоровительных мероприятий;
- * проведение профилактического консультирования граждан;
- * определение группы диспансерного наблюдения граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями, а также граждан с высоким и очень высоким сердечнососудистым риском;

Осуществление ежегодной диспансеризации всего населения предусматривается в 2 этапа. В период подготовки к введению ежегодной диспансеризации персонально учитывают все население, проживающее в районе обслуживания участка. Списки жителей составляю при подомовых обходах. Для персонального учета каждого жителя заполняю «Карту учета диспансеризации» и нумерую ее в соответствии с номером медицинской карты амбулаторного больного (форма №025/у). Ежегодно осматриваю взрослое прикрепленное население. Предварительно проводится доврачебное обследование, которое включает измерение роста и массы тела, АД., анкетирование в целях выявления жалоб, характерных для неинфекционных заболеваний, личного анамнеза, курения, потребления наркотических средств и психотропных веществ. Гинекологический осмотр женщин с обязательным цитологическим исследованием проводится от 30 до 60 лет 1 раз в 3 года; электрокардиография с 36 лет и старше 1 раз в 3 года; измерение внутриглазного давления ежегодно после 40 лет; женщинам маммография 1 раз в 2 года после 40 лет. Флюорография грудной клетки осуществляется дифференцирование, но не реже чем 1 раз в 2 года, при высоком уровне заболеваемости туберкулезом на соответствующей территории ежегодно.

На 5 участке в 2018г подлежало обследованию 345 человек. Был проведен комплекс мероприятий, направленных на выполнение этой задачи: проведены беседы о необходимости данного обследования. Результаты проведенной диспансеризации внесены в карты и отправлены в обработку.

Вывод: по дополнительной диспансеризации можно судить о состоянии здоровья обследуемых:

1 группа здоровья – граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, отсутствуют факторы риска развития таких заболеваний – **107**

2 группа здоровья – граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, но имеются факторы риска развития таких заболеваний – **83**

3а группа здоровья – граждане, имеющие хронические неинфекционные заболевания, требующие установления диспансерного наблюдения – **102**

3б группа здоровья - граждане, не имеющие хронические неинфекционные заболевания, но требующие установления диспансерного наблюдения-**53**

Все пациенты, начиная со 2й группы здоровья, были направлены на второй этап диспансеризации для проведения углубленного профилактического консультирования. Граждане с 3а и 3б группами здоровья подлежат диспансерному наблюдению с проведением лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий.

Данная работа будет продолжена в 2019 году.

4.7 ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Госпитализация больных осуществляется в плановом порядке и по экстренным показаниям. Госпитализация плановых больных проводится после предварительного осмотра заведующей отделением.

Госпитализация инвалидов и участников войны, тружеников тыла, и других категорий контингента особого внимания (КОВ) ведется в областной госпиталь ветеранов.

ПОКАЗАТЕЛИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Таблица №1

Показатели	2016г	2017г	2018г
Госпитализировано в стационар	35	31	27
Количество отказов от госпитализации	3	4	6
Госпитализация в дневной стационар	30	34	37
Госпитализация в стационар на дому	17	28	30
Уровень плановой госпитализации на 1000 населения	4,6	3,0	2,8
Уровень госпитализации в дневной стационар На 1000 населения	11,5	13,0	15,1
Уровень госпитализации в стационар на дому на 1000 населения	6,5	10,7	12,2
Уровень общей госпитализации на 1000 населения	22,6	26,8	30,3

**КОЛИЧЕСТВО ПРОЛЕЧЕННЫХ ПАЦИЕНТОВ
В ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ**

Таблица №2

Количество пролеченных больных в дневном стационаре	2016г	2017г	2018г
	37	42	46

2

**КОЛИЧЕСТВО ПРОЛЕЧЕННЫХ ПАЦИЕНТОВ
В СТАЦИОНАРЕ НА ДОМУ**

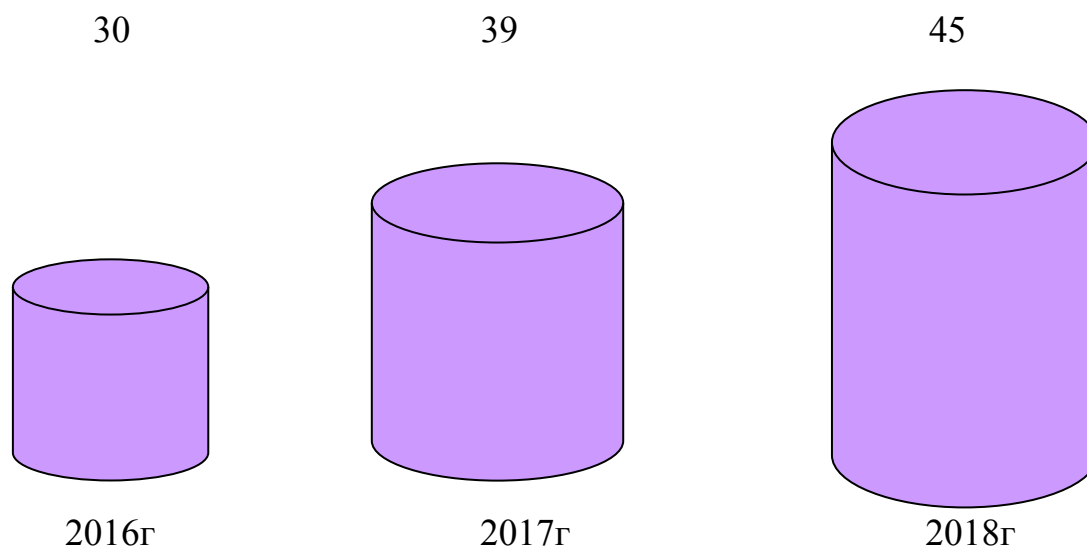
Таблица №3

	2016г	2017г	2018г
Количество пролеченных больных в стационаре на	30	39	45

2

**КОЛИЧЕСТВО ПРОЛЕЧЕННЫХ БОЛЬНЫХ
В СТАЦИОНАРЕ НА ДОМУ**

Диграмма №1



Проведено стационаров на дому в 2018г больным со следующими заболеваниями:

1. нервной системы – 13 случаев (45%)
2. опорно – двигательного аппарата – 5 случаев (18%)
3. органов сердечно – сосудистой системы – 5 случаев (18%)
4. органов дыхания – 4 случая (13%)
5. органов желудочно – кишечного тракта – 2 случая (6%)

**Проведённые стационары на дому
в процентном соотношении (по нозологиям)**

Диграмма №2

Вывод: Из анализа таблиц №№1,2,3 и диаграмм№№1,2 видно, что в своей работе я использую многоуровневую систему оказания медицинской помощи. Широкое внедрение стационарозамещающих технологий позволило:

- ◆ сократить объемы плановой госпитализации в среднем на 35%, без потери качества оказания медицинской помощи;
- ◆ сократить сроки временной нетрудоспособности по поводу различных заболеваний;
- ◆ внедрить активное плановое оздоровление диспансерных больных в том числе и длительно болеющих;

Оказание медицинской помощи в стационаре на дому имеет социальное, медицинское, экономическое значение:

- ◆ лечение пожилых пациентов проводится в привычном психологическом микроклимате;
- ◆ востребованность этого оказания помощи у людей старше 50 лет, инвалидов 1-2 групп, малообеспеченных людей.

В настоящее время больные отдают предпочтение лечению в дневном стационаре и в стационаре на дому.

4.8 Флюорографическое обследование

Для раннего выявления туберкулеза легких, онкологической патологии проводится флюорографическое обследования населения.

В 2004году в нашей поликлинике был установлен цифровой флюорограф, в результате чего обследование стало проводиться с более высокой пропускной способностью, кроме того, улучшилось качество обследования. С марта 2018г перестал работать стационарный флюорограф по техническим причинам. Несколько раз в район выезжал передвижной флюорограф, но этого оазалось недостаточно, процент флюороосмотра за 2018г по Яшкинскому району

ПОКАЗАТЕЛИ ФЛЮОРОГРАФИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ

Диаграмма №1

ПОКАЗАТЕЛИ ФЛЮОРОГРАФИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ

Таблица №1

население	2016			2017			2018		
	Под- лежал о	Сдел ано	%	Под- лежа ло	Сдел ано	%	Под- лежа ло	Сдел ано	%
Органи- зованное население	120	132	110	116	105	90,5	120	120	100
Неоргани- зованное население	850	816	96	927	884	95,3	869	451	51,8

Вывод: Анализируя данные таблиц и диаграмм, можно отметить, что сохраняется низким процент прошедших ФЛГ среди неорганизованного населения, что связано с неисправностью флюорографа с марта 2018г, отсутствием рычагов воздействия на непрошедших ФЛГ, и определенной спецификой населения. У немобильных больных проводится забор мокроты для обследования на микробактерии туберкулеза.

4.9 Профилактические прививки

Важнейшее место в профилактике инфекционных заболеваний занимают профилактические прививки.

Профилактические прививки - наиболее эффективный способ предупреждения многих инфекционных заболеваний. Прививки проводятся в сроки, установленные национальным календарем профилактических прививок, утвержденного приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 21 марта 2014 года № 125н (с изменениями на 16 июня 2016 года) «Об утверждении национального календаря Профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям».

В рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» предусматривается увеличение числа лиц, подлежащих вакцинации против краснухи, гепатита В и гриппа.

27

Согласно Приказа МЗ РФ от 26 января 2009г. № 19н «О рекомендуемом образце добровольного информированного согласия на проведение профилактических прививок /отказа от них» необходимо получить согласие на проведение прививок. Пациенты подтверждают свою информированность о сути прививки, о необходимости ее проведения, возможных осложнениях и последствиях отказа от нее, о медицинской помощи при проведении прививки, о выполнении предписаний медицинских работников.

Согласие (отказ) подписывается также врачом (фельдшером). Он свидетельствует о том, что мною были разъяснены все вопросы, связанные с проведением профилактических прививок и были даны ответы на все вопросы. Прививки осуществляются медицинским персоналом, прошедшим подготовку в области вакцинопрофилактики, имеющими разрешительный документ на проведение данных манипуляций.

Для проведения профилактических прививок используются только зарегистрированные и разрешенные для применения на территории Российской Федерации в установленном порядке вакцины отечественного и зарубежного производства.

Получение бактериологических препаратов и расход регистрируется в журнале учета. Вакцины хранятся в холодильнике при температуре от +4 до +8°С. в прививочном кабинете

Вывод: благодаря иммунизации, снизилась заболеваемость гриппом. Нет ни одного случая заболеваний кори, дифтерии, коклюша, столбняка.

ПОКАЗАТЕЛИ ПРИВИТОСТИ НАСЕЛЕНИЯ УЧАСТКА

Таблица №1

Прививки	2016г			2017г			2018г		
	Подле жало	Сделано	%	Подле жало	Сделано	%	Подле жало	Сделано	%
Организованное население	40	30	74	30	27	90	75	75	100
Неорганизованное население	90	67	75	72	65	95	69	67	97

В динамике увеличился процент охвата профилактическими прививками, что в определенной мере обусловлено санитарно – просветительной работой участкового фельдшера и медицинской сестры.

28

4.10 СМЕРТНОСТЬ НА УЧАСТКЕ

СМЕРТНОСТЬ НА УЧАСТКЕ ПО НОЗОЛОГИЯМ

Диаграмма №1

ОБЩАЯ СМЕРТНОСТЬ В АБСОЛЮТНЫХ И ОТНОСИТЕЛЬНЫХ ЦИФРАХ

Таблица №1

Причина смерти	2016		2017		2018	
	Абсолютные	На 1000 населения	Абсолютные	На 1000 населения	Абсолютные	На 1000 населения
Болезни органов кровообращения	12	4,6	11	4,2	14	5,7
Злокачественные новообразования	6	2,3	4	1,5	5	2,0
Болезни органов дыхания	1	0,3	-	0	1	0,4
Общая терапевтическая смертность	19	7,2	15	5,7	20	8,1

СТРУКТУРА СМЕРТНОСТИ ПО ПОЛУ**Таблица №2**

Причина	2016			2017			2018		
	всего	Му- ж- чин- ы	Женщин- ы	Всего	Му- ж- чин- ы	Женщин- ы	Всего	Му- ж- чин- ы	женщин- ы
Болезни органов кровообращения	12	3	9	11	5	6	14	4	10
Злокачественные новообразования	6	2	4	4	1	3	5	2	3

СТРУКТУРА СМЕРТНОСТИ ПО ВОЗРАСТУ

Возраст	Злокачественные новообразования			Болезни органов кровообращения		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018
40-49 лет	-	1	1	-	-	-
50-59 лет	-	1	2	1	1	3
60-69 лет	4	1	1	2	2	1
Старше 70 лет	2	1	1	9	8	10
Из них трудоспособных	-	2	3	-	-	-

Вывод: Анализируя таблицы №№ 1,2,3 можно сделать вывод, что

- ◆ на первом месте среди причин смерти - болезни органов кровообращения
- ◆ на втором месте - злокачественные новообразования
- ◆ на третьем месте- болезни органов дыхания

Смертность наиболее высока в возрастной группе 70 лет и старше, и обусловлена преимущественно болезнями органов кровообращения, а в возрастной группе 40-49 лет смертность преобладает от злокачественных новообразований.