**1. Характеристика ЛПУ**

Онохойская Участковая больница обслуживает население 16344, из них сельского населения 3959, ЖФВ - 4772, детей от 0 до 17 лет - 3726 , детское сельское население - 1298. У участка 9 фельдшерских пунктов, 3 врачебных амбулатории. Онохойская Участковая больница занимает типовое двухэтажное здание стационара и поликлиники. В стационаре имеются хирургическое отделение на 15 коек, оперблок, палата реанимации, гинекологическое отделение на 7 коек, терапевтическое отделение на 20 коек, детское отделение на 18 коек, отделение патологии бер-х на 20 коек. Также имеется ЦСО, пищеблок, сауна, бассейн, физиокабинет. В больнице работает 15 врачей, 68 средних медработников. Работают следующие специалисты: хирург, окулист, дерматолог, нарколог, гинеколог, стоматолог, фтизиатр, терапевт и педиатр. Число посещений в поликлинике 150 в день. Имеются клиническая лаборатория, биохимическая лаборатория, рентгенкабинет, кабинет функциональной диагностики, процедурный кабинет. Для оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях созданы 4 врачебных бригады.

**1.1 Рабочее место и его оснащение**

Коллектив скорой помощи составляют четыре фельдшера, четыре медсестры по приёму и передачи вызовов, шесть водителей, младший медицинский персонал - четыре человека.

Отделение скорой помощи находится на первом этаже с общим входом, телефонизирована двумя каналами, рации нет. Имеется оперативный отдел, процедурный кабинет, комната для хранения лекарственных препаратов, комната приёма пациентов, комната для приёма пищи, комната для отдыха персонала, гараж. В оснащении скорой помощи находятся электрокардиограф ЭК2Г-07 2005 г.в., транспортные шины, носилки, укладка с набором лекарственных веществ для оказания скорой помощи, акушерская сумка. Имеются 4 автомобиля: Газель 2006 г.в., класса А,

УАЗ 469 1993 г.в.,

УАЗ 39-629 1995г.в.,

УАЗ 39-629 2007 г.в.

Оборудование:

· медицинский ящик-укладка основной;

· дополнительный медицинский ящик для размещения родового пакета, реанимационного набора, инфузионных растворов;

· электрокардиограф ЭК2Г-07 2005 г.в.;

· аппарат ИВЛ ручной портативный типа АДР-1200

· тонометр и фонендоскоп;

· комплект иммобилизационных головодержателей типа воротников Шанца;

· носилки складные;

· носилки-полотнище типа «волокуши»;

· приёмное устройство с носилками;

· штатив для инфузий; аспиратор портативный механический или электрический;

· мебель для размещения медицинской аппаратуры и принадлежностей;

· светильник направленного действия в салоне.

**1.2 Обязанности фельдшера скорой медицинской помощи**

# · Обеспечивать немедленный выезд бригады после получения вызова и прибытия ее на место происшествия а пределах установленного временного норматива на данной территории;

· оказывать скорую медицинскую помощь больным и пострадавшим на месте происшествия и во время транспортировки в стационары;

· вводить больным и пострадавшим лекарственные препараты по медицинским показаниям, осуществлять остановку кровотечения, проводить реанимационные мероприятия в соответствии с утвержденными отраслевыми нормами, правилами и стандартами для фельдшерского персонала по оказанию скорой медицинской помощи;

· уметь пользоваться имеющейся медицинской аппаратурой, владеть техникой наложения транспортных шин, повязкой и методами проведения базовой сердечно-легочной реанимации;

· владеть техникой снятия электрокардиограмм;

· знать дислокацию лечебно-профилактических учреждений и районы обслуживания станций;

· обеспечивать переноску больного на носилках, в случае необходимости принять в ней участия(в условиях работы бригады переноска больного на носилках расценивается как вид медицинской помощи). При транспортировки находиться рядом с ним, осуществляя оказание необходимой медицинской помощи;

· при необходимой транспортировки больного в бессознательном состоянии или состоянии алкогольного опьянения произвести осмотр на предмет обнаружения документов, ценностей, денег с указанием в карте вызова, сдать их а приемное отделение стационара с отметкой в направлении под расписку дежурного персонала;

· при оказании медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях, в случае повреждения насильственного характера действовать в установленном порядке (сообщить в органы внутренних дел);

· обеспечивать инфекционную безопасность(соблюдать правила санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима). При выявлении у больного карантинной инфекции оказать ему необходимую медицинскую помощь, соблюдая меры предосторожности, и информировать старшего врача смены о клинико-эпидемиологических и паспортных данных больного;

· обеспечить правильное хранение, учета и списание лекарственных препаратов;

· по окончании дежурства проверить состояние медицинского аппаратуру, транспортных шин, пополнить израсходованные в процессе работы лекарственные средства, кислород, закись азота;

· информировать администрацию станции скорой медицинской помощи о всех чрезвычайных происшествиях, возникших в период выполнения вызова;

· по требованию сотрудников внутренних дел остановится для оказания скорой медицинской помощи, независимо от места нахождения больного (пострадавшего);

· вести утвержденную учетную и отчетную документацию;

· в установленном порядке повышать свой профессиональный уровень, совершенствовать практические навыки;

**2. Основные качественные и количественные показатели**

Работа скорой мед. помощи

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 2009 | 2010 | 2011 |
| Количество вызовов | 4462 | 4395 | 4017 |
| По поводу заболеваний | 3760 | 3448 | 3050 |
| Несчастных случаев | 231 | 213 | 272 |
| Родов и патологии беременных | 64 | 75 | 85 |
| Госпитализировано | 458 | 371 | 292 |
| Повторный вызов (к детям до года) | 19 | 15 | 13 |
| Обращение | 3761 | 3611 | 4158 |

Количество вызовов в период с 2009 по 2011 снизилась за счёт того, что на базе поликлиники регулярно ведут приём специалисты республиканской больницы, так же за счёт хорошей работы терапевтических участков. Они проводят занятия в школах «Гипертонической болезни» и «Сахарного диабета». Повторные вызова к детям снижаются потому что, педиатры хорошо выполняют свою работу, в связи со стимулирующей добавкой к заработной плате.

**.1 Показатели оперативности и качества с 2009-2011гг**

1. Количество вызовов «по скорой» - 1435

По «неотложной» помощи - 2043

2. Кол-во поздних выездов: «по скорой» (свыше 4 минут) - 98

По «неотложной» помощи (позднее 15 минут) - 176

3. Среднесуточная нагрузка на бригаду - 12,2

4. Среднее время ожидания - 45 минут. Доезда - 30 минут.

. Среднее время пребывания у больного - 20 минут.

. Среднее время транспортировки - 30 минут.

. Процент расхождения диагнозов с приёмным покоем - 1,5%

. Анализ повторных вызовов - 17 - дети до года.

**2.2 Качественные показатели за 2009-2011 год**

За 3 года мною обслужено 2963 вызова, они разделяются по группам:

Структура вызовов

Таблица 1

|  |  |
| --- | --- |
| Профиль | Количество вызовов |
|  | 2009 | 2010 | 2011 |
| Терапевтические | 470 | 479 | 482 |
| Хирургические | 375 | 371 | 367 |
| Экстренные перевозки | 103 | 99 | 98 |
| Прочие | 37 | 40 | 42 |
| Всего: | 985 | 989 | 989 |

Из таблицы видно, что основное количество вызовов приходится на больных терапевтического профиля.

**2.3 Структура обслуживания вызовов к больным с заболеваниями сердечно-сосудистой системы**

Таблица 2

|  |  |
| --- | --- |
| Нозологическая группа | Количество вызовов |
|  | 2009 | 2010 | 2011 |
| Гипертоническая болезнь; с кризами, без кризов | 140 | 142 | 150 |
| ИБС. Стабильная стенокардия | 27 | 26 | 31 |
| ОИМ. Нестабильная стенокардия | 13 | 16 | 17 |
| Нарушения ритма и проводимости | 12 | 15 | 20 |
| Прочие | 8 | 10 | 15 |
| Всего: | 200 | 209 | 233 |

Из таблицы видно, что 68% вызовов выполнено к больным с гипертонической болезнью. Этот высокий процент обусловлен следующим фактором: невыполнение больными всех назначений и рекомендаций, за счёт того что материальное состояние людей недостаточное для приобретения современных дорогостоящих препаратов.

**2.4 Структура обслуживания вызовов к больным с заболеваниями органов дыхания**

Таблица 3

|  |  |
| --- | --- |
| Нозологическая группа | Количество вызовов |
|  | 2009 | 2010 | 2011 |
| Бронхиальная астма | 16 | 16 | 20 |
| Пневмония | 15 | 12 | 10 |
| ОРВИ | 128 | 126 | 114 |
| Всего: | 159 | 154 | 144 |

Большее количество вызовов выполняется к больным с бронхиальной астмой и обострениями хронического бронхита. Это связано с неблагоприятной экологической обстановкой.

Количество вызовов ОРВИ и пневмонии уменьшается за счёт того что ежегодно проводится сезонная профилактика гриппа.

**2.5 Группа заболеваний хирургического профиля**

Таблица 4

|  |  |
| --- | --- |
| Нозологическая группа | Количество вызовов |
|  | 2009 | 2010 | 2011 |
| О. хирургическая патология органов брюшной. полости | 79 | 88 | 91 |
| Урологические заболевания | 63 | 70 | 78 |
| Травмы | 141 | 144 | 150 |
| Заболевания гинеколог-кого профиля | 49 | 51 | 48 |
| Роды | 29 | 35 | 40 |
| Всего: | 361 | 388 | 407 |

Основное количество вызовов выполнено к больным с травмами.

Количество родов увеличивается за счёт получения материнского капитала.

**2.6 Структура обслуживания вызовов к больным с травмами**

Таблица 5

|  |  |
| --- | --- |
| Вид травмы | Количество вызовов |
|  | 2009 | 2010 | 2011 |
| ЧМТ | 35 | 38 | 31 |
| Травмы конечностей | 48 | 54 | 59 |
| Травмы грудной клетки | 13 | 14 | 16 |
| Прочие | 42 | 38 | 39 |
| Всего: | 138 | 144 | 145 |

Наибольшее количество вызовов приходится на травмы конечностей, причем большинство травм бывает в зимнее время, во время гололеда и у людей в алкогольном опьянении.

**2.7 Структура обслуживания вызовов к больным с острой хирургической патологией брюшной полости**

Таблица 6

|  |  |
| --- | --- |
| Нозологическая группа | Количество вызовов |
|  | 2009 | 2010 | 2011 |
| О. Аппендицит | 25 | 20 | 29 |
| О. Холецистит | 20 | 29 | 35 |
| О. Панкреатит | 8 | 6 | 10 |
| Жел/кишечное кровотечение | 5 | 9 | 13 |
| Ущемление грыжи | 2 | 8 | 4 |
| Прочие | 20 | 16 | 18 |
| Всего: | 80 | 88 | 109 |

Из таблицы видно, что основное количество вызовов хирургической группы сделано к больным с острым холециститом. Это связано с нерациональным питанием и нарушением диеты у хронических больных, приемом алкоголя.

**2.8 Анализ качества работы специалиста**

Жалоб от населения на качество обслуживания не поступало. Нареканий со стороны администрации не было. Осложнений в проведении медицинских манипуляций не было. Проведено 5 реанимационных мероприятий, 3 из них успешные.

Использование дыхательной аппаратуры -5,

Проведение реанимационных мероприятий -5,

Капельное внутривенное введение -94,

Внутривенные иньекции -454,

Внутримышечные иньекции -1086,

Зондовые промывания желудка -6,

Катетеризация мочевого пузыря мягким катетером -21,

Передняя тампонада носовых ходов -9,

Транспортная иммобилизация шинами Крамера -14,

Наложение асептических повязок -86,

Выпустила санбюллетень на тему «Что нужно знать о холестерине» в сентябре 2011г.

Краткое описание: Что такое холестерин. Норма содержания холестерина в крови. Причины повышенного содержания холестерина в крови и методы его снижения.

**2.9 Профилактика ВБИ**

Проблема внутрибольничных инфекций (ВБИ) в последние годы приобрела исключительно большое значение для всех стран мира. Бурные темпы роста лечебных учреждений, создание новых видов медицинского (терапевтического и диагностического) оборудования, применение новейших препаратов, обладающих иммунодепрессивными свойствами, искусственное подавление иммунитета при пересадке органов и тканей - эти, а также многие другие факторы усиливают угрозу распространения инфекций среди пациентов и персонала лечебных учреждений.

Условно можно выделить три вида ВБИ: - у пациентов, инфицированных в стационарах; - у пациентов, инфицированных при получении поликлинической помощи; - у медицинских работников, заразившихся при оказании медицинской помощи больным в стационарах и поликлиниках.

Объединяет все три вида инфекций место инфицирования - лечебное учреждение.

ВБИ - понятие собирательное, включающее различные нозологические формы. Наиболее удачным и полным следует считать определение ВБИ, предложенное Европейским региональным бюро ВОЗ в 1979 г.: "Внутрибольничная инфекция - любое клинически распознаваемое инфекционное заболевание, которое поражает больного в результате его поступления в больницу или обращения за лечебной помощью, или инфекционное заболевание сотрудника больницы вследствие его работы в данном учреждении вне зависимости от появления симптомов заболевания до или во время пребывания в больнице".

Современные научные факты, приводимые в работах зарубежными и отечественными исследователями, позволяют утверждать, что ВБИ возникают по меньшей мере у 5-12% больных. Анализ имеющихся данных показывает, что в структуре ВБИ, выявляемых в крупных многопрофильных ЛПУ, гнойно-септические инфекции (ГСИ) занимают ведущее место, составляя до 75-80% от их общего количества. Другая большая группа ВБИ - кишечные инфекции. Они составляют в ряде случаев до 7-12% от их общего количества. Среди кишечных инфекций преобладают сальмонеллезы. Регистрируются сальмонеллезы в основном (до 80%) у ослабленных больных хирургических и реанимационных отделений, перенесших обширные полостные операции или имеющих тяжелую соматическую патологию. Выделяемые от больных и с объектов внешней среды штаммы сальмонелл отличаются высокой антибиотикорезистентностью и устойчивостью к внешним воздействиям. Ведущими путями передачи возбудителя в условиях ЛПУ являются контактно-бытовой и воздушно-пылевой. Значимую роль во внутрибольничной патологии играют гемоконтактные вирусные гепатиты В, С, D, составляющие 6-7% в ее общей структуре. Более всего риску заболевания подвержены больные, которым проводятся обширные хирургические вмешательства с последующей кровезаместительной терапией, программный гемодиализ, инфузионная терапия. Обследования, проводимые стационарным больным с различной патологией, выявляют до 7-24% лиц, в крови которых обнаруживаются маркеры этих инфекций. На долю других инфекций, регистрируемых в ЛПУ, приходится до 5-6% от общей заболеваемости. К таким инфекциям относятся грипп и другие острые респираторные инфекции, дифтерия, туберкулез и др.

Проблема профилактики ВБИ является многоплановой и весьма трудна для решения по целому ряду причин - организационных, эпидемиологических, научно-методических. Эффективность борьбы с ВБИ определяется тем, соответствует ли конструктивное решение здания ЛПУ последним научным достижениям, а также современным оснащением ЛПУ и строгим выполнением требований противоэпидемического режима на всех этапах предоставления медицинской помощи. В ЛПУ независимо от профиля должны выполняться три важнейших требования: - сведение к минимуму возможности заноса инфекции; - исключение внутригоспитальных заражений; - исключение выноса инфекции за пределы лечебного учреждения.

**2.10 Обеспечение инфекционной безопасности**

С целью профилактики ВБИ в учреждениях здравоохранения осуществляется следующий комплекс мероприятий:

. Соблюдается санитарно-гигиенический режим

. Соблюдается порядок проведения осмотра больного, обработка при выявлении педикулеза, измерение температуры и т.д.

. Уборка с использованием маркированного уборочного инвентаря***,*** его хранение, согласно постановления № 9 от 13.02.09 и СП 3.1.2485-09

. Соблюдается порядок хранения и смены спецодежды медицинским персоналом

. Дезинфекция и стерилизация медицинского инструментария проводится согласно постановления № 9 от 13.02.09 и СП 3.1.2485-09 и приказа № 408

. На случай выявления пациентов карантинными и ООИ на подстанции имеются схемы-памятки поведения мед. персонала

. Соблюдаются правила сбора и хранения, удаления отходов в ЛПУ

Медицинский персонал должен мыть руки до и после выполнения всех манипуляций пациентам. Мытье рук и использование перчаток не исключают друг друга, т.к. они могут быть незаметно порваны или содержать невидимые трещины.

**.11 Организация дезинфекционного режима**

Дезинфекция - одно из самых значимых направлений профилактики ВБИ. Это уничтожение в окружающей человека среде возбудителей инфекционных заболеваний. Дезинфекция - одно из самых значимых направлений профилактики ВБИ. Данный аспект деятельности медицинского персонала является многокомпонентным и имеет своей целью уничтожение патогенных и условно-патогенных микроорганизмов на объектах внешней среды палат и функциональных помещений отделений стационара, медицинском инструментарии и оборудовании. Организация дезинфекционного дела и его реализация младшими средним медицинским звеном является сложной трудоемкой ежедневной обязанностью.

**.12 Методы и средства дезинфекции**

. Механические - влажная уборка помещения и обстановки, выколачивание одежды, постельного белья, побелка, окраска помещения, мытье рук

. Физические - солнечные лучи и облучение ультрафиолетовыми излучателями.

. Химический - это орошение, протирание, полное погружение, распыление дезинфицирующими средствами

. Комбинированный - это паровоздушный, пароформалиновый.

Предстерилизационная очистка состоит из нескольких этапов. По окончании дезинфекции инструментарий промывается проточной водой над раковиной в течение 30 с до полного удаления запаха дезинфицирующего средства. Продезинфицированный и промытый медицинский инструментарий замачивается в горячем (50-55° С) растворе, содержащем моющее средство и перекись водорода, в течение 15 мин. при полном погружении изделия. После замачивания каждое изделие моется в растворе моющих средств при помощи ватно-марлевого тампона. Затем вымытый медицинский инструментарий прополаскивают под проточной водой 3-10 мин., а затем 30-40 с в дистиллированной воде. Промытый медицинский инструментарий сушится горячим воздухом в сушильном шкафу при температуре 85°С до полного исчезновения влаги. Качество очистки изделий проверяется путем постановки бензидиновой, орто-толуидиновой и амидопириновой проб. Контролю подвергают 1% одновременно обработанного инструментария (но не менее 3-5 изделий одного наименования). Наличие остаточных количеств моющих средств на изделиях определяют путем постановки фенолфталеиновой пробы. Изделия, дающие положительную пробу на кровь или моющее средство, обрабатывают повторно до получения отрицательного результата.

**Стерилизация** - метод обеспечивающий в стерилизуемом материале вегетативных и споровых форм патогенных и непатогенных микроорганизмов.

Стерилизации должны подвергаться все изделия медицинского назначения, соприкасающиеся с раневой поверхностью или кровью пациента. Стерилизацию осуществляют физическими (паровой, воздушный, инфракрасный), химическими (применение растворов химических средств, газовый, плазменный) методами. Для этих целей используются паровые, воздушные, инфракрасные, газовые и плазменные стерилизаторы, выполняя стерилизацию по режимам, указанным в инструкции по эксплуатации конкретного стерилизатора, разрешенного для применения. В отделениях, при отсутствии центральной стерилизационной в стационаре, стерилизацию проводят в сухожаровых шкафах в одном из нижеперечисленных режимов: по первому режиму температура стерилизации в камере - 180°С, время - 60 мин; по второму режиму температура стерилизации в камере 160°С, время стерилизации - 150 мин.

**. Методы выполнения процедур**

**.1 Постановка очистительной клизмы**

**фельдшер скорый медицинский помощь**

|  |  |
| --- | --- |
| Код технологии | Название технологии |
| А 14.19.002 | Постановка очистительной клизмы  |
| 1. | Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования  |
| 1.1. | Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги  | Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям «Лечебное дело», «Акушерское дело» или «Сестринское дело»  |
| 1.2. | Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу  | Отсутствуют.  |
| 2. | Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала  |
| 2.1. | Требования по безопасности труда при выполнении услуги  |  До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук  Во время процедуры обязательно использование перчаток  |
| 3. | Условия выполнения простой медицинской услуги Стационарные  |
| 4. | Функциональное назначение простой медицинской услуги Лечебное  |
| 5. | Материальные ресурсы  |
| 5.1 | Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения  |  Кружка Эсмарха  Соединительная трубка  Зажим  Штатив  Ректальный наконечник стерильный  Кушетка медицинская Подкладное судно  |
| 5.2. | Реактивы  | Отсутствуют |
| 5.3. | Иммунобиологические препараты и реагенты  | Отсутствуют  |
| 5.4. | Продукты крови  | Отсутствуют  |
| 5.5. | Лекарственные средства  |  Вазелин  Антисептическое средство для обработки рук персонала  Дезинфицирующее средство  |
| 5.6. | Прочий расходуемый материал  |  Жидкое мыло  Одноразовое полотенце для рук персонала  Водный термометр  Емкость с водой (t 200)  Туалетная бумага  Ширма  Перчатки нестерильные я Фартук клеенчантый я Клеенка я Шпатель я Емкость для дезинфекции |
| 6. | Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги Алгоритм постановки очистительной клизмы I. Подготовка к процедуре. 1. Представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру. 2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3. Надеть фартук и перчатки. 4. Собрать систему, подсоединить к ней наконечник. 5. Налить в кружку Эсмарха 1-1,5 литра воды температурой 20°С. 6. Заполнить систему водой. 7. Подвесить кружку Эсмарха на подставку высотой 75-100 см. 8. Смазать наконечник вазелином. II. Выполнение процедуры. Уложить пациента на левый бок на кушетку, покрытую клеенкой, свисающей в таз. Ноги пациента должны быть согнуты в коленях и слегка подведены к животу. Если пациент по состоянию здоровья находится в палате - предварительно огородить его ширмой. Выпустить воздух из системы. Развести одной рукой ягодицы пациента. Ввести другой рукой наконечник в прямую кишку, проводя первые 3-4 см по направлению к пупку, а затем 8-10 см параллельно позвоночнику. Открыть вентиль (зажим) и отрегулировать поступление жидкости в кишечник Попросить пациента расслабиться и медленно подышать животом. Закрыть вентиль после введения жидкости и осторожно извлечь наконечник. Предложить пациенту задержать воду в кишечнике на 5-10 минут. Проводить пациента в туалетную комнату или подать судно при появлении позывов на дефекацию. Обеспечить пациента туалетной бумагой. По окончании процедуры необходимо проводить пациента в палату или подмыть его. III. Окончание процедуры. 20. Разобрать систему, наконечник поместить в емкость для дезинфекции. 21. Снять перчатки, опустить их в емкость для дезинфекции. 22. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 23. Сделать соответствующую запись о результатах процедуры в медицинскую документацию.  |
| 7. | Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики Глубина введения наконечника в прямую кишку зависит от возраста пациента и варьирует от 2-3 см новорожденному до 12-15 см взрослому. Объем жидкости для единовременного введения также зависит от возраста и варьирует от 100 мл новорожденному до 1200-1500 мл взрослому. При жалобе пациента на боль спастического характера нужно прекратить процедуру, пока боль не утихнет. Для пациентов с психическими нарушениями необходимо организовать постоянное наблюдение со стороны младшего медицинского персонала. Детям очистительная клизма проводится с помощью стерильных резиновых (клизменных) баллончиков (№ 1-6); необходимое количество жидкости при этом составляет:  до 3 месяцев - 50-60 мл;  до 12 месяцев - 100-150 мл;  до 2-х лет - 200 мл;  от 2 до 9 лет - до 400 мл;  от 9 лет - 500 мл и более.  |
| 8. | Достигаемые результаты и их оценка У пациента происходит очищение нижнего отдела толстого кишечника до чистых вод.  |
| 9. | Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре, сообщаемая ему медицинским работником, включает сведения о цели и содержании данной процедуры. Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на данную процедуру не требуется. В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется.  |
| 10. | Параметры оценки и контроля качества выполнения методики  Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации  Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения)  Отсутствие осложнений  Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги.  |
| 11. | Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги Коэффициент УЕТ врача - 0. Коэффициент УЕТ медицинской сестры - 1,5.  |
| 12. | Графическое, схематические и табличное представление технологии выполнения простой медицинской услуги Отсутствует  |
| 13. | Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости) Отсутствует  |

**3.2** **Технология выполнения простой медицинской услуги**

**Промывание желудка**

|  |  |
| --- | --- |
| Код технологии | Название технологии |
| А11.16.008 | Промывание желудка |
| 1. | Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования  |
| 1.1. |  Перечень специальностей (кто участвует в выполнении услуги) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 0401 Лечебное дело, 0402 Акушерское дело, 0406 Сестринское дело.  |
| 1.2.  | Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу Отсутствуют  |
| 2. | Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала |
| 2.1.  | Требования по безопасности труда при выполнении услуги До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук Использование перчаток во время процедуры. |
| 3. | Условия выполнения простой медицинской услуги: Амбулаторно-поликлинические Стационарные Транспортировка в условиях «скорой медицинской помощи» Санаторно-курортные |
| 4. | Функциональное назначение простой медицинской услуги: Лечебное; Профилактическое |
| 5. | Материальные ресурсы |
| 5.1.  | Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения Толстый стерильный желудочный зонд диаметром 10-15 мм, длиной - 100-120 см с метками на расстоянии 45, 55, 65 см от слепого конца Резиновая трубка длиной 70 см (для удлинения зонда) и стеклянная соединительная трубка диаметром не менее 8 мм Шприц Жанэ. Роторасширитель. Фонендоскоп Тонометр |
| 5.2. | Реактивы Отсутствуют |
| 5.3. | Иммунобиологические препараты и реагенты Отсутствуют |
| 5.4. | Продукты крови Отсутствуют |
| 5.5. | Лекарственные средства Жидкое вазелиновое масло или глицерин Антисептик для обработки рук. Дезинфицирующее средство |
| 5.6. | Прочий расходуемый материал Воронка емкостью 1 л Полотенце Фартук клеенчатый для пациента и медицинского работника Перчатки нестерильные Емкость для промывных вод Ведро с чистой водой комнатной температуры объѐмом 10 л Ковш Контейнер для дезинфекции Стерильные марлевые салфетки Водный термометр Мыло  |
| 6.  | Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги Промывание с применением желудочного зонда (пациент в сознании) I. Подготовка к процедуре: 1. Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру промывания желудка (если он в сознании). 2. Усадить пациента на стул со спинкой или уложить на кушетку в положении на боку. Детей младшего возраста усадить на колени медсестры-помощницы. 3. Измерить артериальное давление, подсчитать пульс, если состояние пациента позволяет это сделать. 4. Снять зубные протезы у пациента (если они есть). 5. Надеть фартук на пациента, дать в руки полотенце. Ребенка младшего возраста зафиксировать. Для этого левую руку положить на лоб ребенка, правой рукой охватить его руки (выполняет медсестра-помощница). Ноги ребенка удерживаются скрещенными ногами помощницы. Предварительно, для лучшей фиксации, обернуть больного в пеленку или простыню. Надеть на ребенка фартук. Конец фартука опустить в емкость для сбора промывных вод. Детям младшего возраста положить на грудь пеленку. 6. Обработать руки гигиеническим способом, осушить, надеть перчатки, фартук. 7. Поставить таз к ногам пациента или к головному концу кушетки, если положение пациента лѐжа. 8. Измерить шѐлковой нитью расстояние от резцов до пупка плюс ширина ладони пациента. 9. Перенести метку на зонд, начиная от закруглѐнного конца. 10. Взять зонд в правую руку как «писчее перо» на расстоянии 10 см от закруглѐнного конца. II. Выполнение процедуры: 1. Встать сбоку от пациента. 2. Предложить пациенту открыть рот, слегка запрокинуть голову назад. Ребенка младшего возраста зафиксировать. Для этого левую руку положить на лоб ребенка, правой рукой охватить его руки (выполняет медсестра-помощница). Ноги ребенка удерживаются скрещенными ногами помощницы. Предварительно, для лучшей фиксации, обернуть больного в пеленку или простыню. Надеть на ребенка фартук. Конец фартука опустить в емкость для сбора промывных вод. Детям младшего возраста положить на грудь пеленку. 3. Смочить слепой конец зонда водой на глицерине. 4. Положить зонд на корень языка, попросить пациента сделать глотательное движение одновременно с продвижением зонда. 5. Наклонить голову пациента вперѐд, вниз. 6. Медленно продвигать зонд вслед за глотательными движениями до метки, при этом пациент глубоко дышит через нос. 7. Убедиться, что зонд в желудке «воздушной пробой» (присоединить шприц Жанэ, ввести воздух, с помощью фонендоскопа прослушать появление булькающих звуков). Во время введения зонда ребенку обратить внимание на его состояние (отсутствие кашля и цианоза). 8. Продвинуть зонд на 7-10 см. 9. Присоединить воронку к зонду. 10. Опустить воронку ниже положения желудка пациента. 11. Заполнить воронку водой, держа еѐ наклонно. Для детей на первую порцию берется жидкость из расчета не более 15 мл/кг массы тела. При последующих введениях количество вводимой жидкости должно соответствовать количеству выведенных промывных вод. 12. Медленно поднять воронку выше уровня желудка, так чтобы вода поступала из воронки в желудок. 13. Как только вода достигнет устья воронки, быстро опустить воронку ниже уровня желудка, чтобы содержимое желудка наполнило воронку полностью. 14. Слить содержимое для бактериологического исследования в стерильную пробирку, при необходимости химического исследования в емкость с притертой пробкой, а оставшуюся часть в емкость для сбора промывных вод. 15. Повторить промывание несколько раз до чистых промывных вод. При необходимости ввести в желудок активированный уголь. III. Окончание процедуры: 1. Воронку снять, зонд извлечь через салфетку, смоченную дезинфицирующим средством. 3. Поместить зонд, воронку в контейнер с дезинфицирующим средством, салфетку в контейнер с отходами класса Б. Промывные воды подвергнуть дезинфекции. 4. Дать пациенту прополоскать рот, обтереть полотенцем вокруг рта. 5. Пациента проводить в палату, тепло укрыть, наблюдать за состоянием. 6. Снять перчатки, положить в ѐмкость с дезинфицирующим раствором. 7. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 8. Отметить в листе назначений о выполненной процедуре. |
| 7.  | Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики Если пациент находится в бессознательном состоянии, промывание проводится с использованием шприца Жанэ. При отсутствии зонда начать промывание «стаканным методом»: предлагается выпить 6-8 стаканов воды и вызвать рвоту раздражением корня языка, если пациент в сознании. Возможно промывание желудка тонким зондом (0,3-0,5 см), введѐнным интраназально, при этом в шприц Жане набирается вода в объѐме 0,5 л, вводится в желудок и аспирируется обратно этим же шприцем. При уремии промывание проводить 2-4% раствором натрия гидрокарбоната. При подозрении на отравление брать первую порцию промывных вод на исследование в стерильную ѐмкость. При остром экзогенном отравлении в чистую емкость взять первую и последнюю порции промывных вод. Первую - для определения неизвестного яда, последнюю - для определения качества промывания желудка. Проводится учет введенного и выведенного объема воды. При пищевой токсикоинфекции забор делается в стерильную емкость. При наличии в промывных водах крови проведение процедуры остановить для коррекции последующих действий. Если пациент находится в бессознательном состоянии, промывание желудка проводится после предварительной интубации трахеи. Проводить промывание желудка «стаканным методом» не рекомендуется. При промывании желудка ребенка необходимо выбрать диаметр зонда, соответствующий возрасту: Новорожденному 2-3 мм До 3 мес 3-4 мм До 3 лет 5 мм До 4-6 лет 10 мм Ребенку раннего возраста открыть рот шпателем обернуть бинтом. В воронку налить или набрать в шприц воду. На одномоментное введение в объеме: Новорожденному - 20 мл 1-2 мес 60-80 мл 5-6 мес 100 мл 9-12 мес 120-150 мл 2-3 года 200-250 мл 6-7 лет 350-400 мл Положение ребенка зависит от возраста и тяжести состояния. Детей в тяжелом состоянии и детей первых месяцев жизни укладывают на бок со слегка повернутым вниз лицом. Старших, если позволяет состояние, помощник усаживает к себе на колени, удерживая ноги своими скрещенными ногами, голову фиксирует одной рукой за лоб, другой обхватывает руки. Ребенка без сознания перед процедурой интубируют. Глубина введения зонда определяется от переносицы до пупка или от мочки уха до кончика носа и до конца мечевидного отростка. Нельзя допускать полного перехода всей жидкости из шприца (воронки) в желудок, т к после жидкости насасывается воздух, что затрудняет в дальнейшем удаление содержимого желудка. С целью профилактики водно-солевых нарушений и развития отека головного мозга для процедуры следует использовать солевые растворы (изотонический раствор натрия хлорида, раствор Рингера, гемодез, воду с добавлением поваренной соли), контролировать количество жидкости, введенной в желудок и выведенной из него. Зонд. До 3-х мес - желудочный катетер № 6, 8, 10, у детей до 3-х лет - тонкий зонд, старше - толстый. Для эффективного проведения процедуры должно быть достаточное количество жидкости. Если промывание выполняется по поводу отравления, и оно произошло во время приема пищи, введение жидкости начинают с половины разовой порции, заканчивают введением адсорбентов, антидотов. Повторяют процедуру до получения чистых промывных вод. Контроль состояния ребенка. У детей раннего возраста поршень не извлекают. С его помощью удаляют содержимое желудка. После процедуры очередное кормление следует пропустить!  |
| 8. | Достигаемые результаты и их оценка Наличие чистых промывных вод |
| 9. | Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре (если он в сознании). Информация, сообщаемая ему медицинским работником, включает сведения о цели и ходе данной процедуры. Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на данную процедуру не требуется, так как данная услуга не является потенциально опасной для жизни и здоровья пациента. В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется.  |
| 10. | Параметры оценки и контроля качества выполнения методики - Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации - Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения) - Отсутствие осложнений - Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги. - Пробы своевременно доставлены в лабораторию - Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения измерения. |
| 11.  | Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги Коэффициент УЕТ врача - 0. Коэффициент УЕТ медицинской сестры - 3,0. |
| 12. | Графическое, схематические и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги Отсутствует |
| 13. | Формулы, расчёты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости) Отсутствует |

**3.3 Наставничество**

В наше отделение скорой помощи постоянно приходят молодые кадры:

**§** студенты из медицинского колледжа;

**§** студенты медицинского факультета из БГУ и иногородних ВУЗов;

В соответствии с программой обучения я знакомлю их с:

§ алгоритмами приёма вызовов;

§ необходимой медицинской документацией и правилами её заполнения;

§ с функциональными обязанностями фельдшера скорой помощи.

В процессе работы контролирую правильность работы, как практикант понимает функциональные обязанности и следует ли им. Я обучаю их в/в, в/м инъекциям, технике записи ЭКГ, измерению АД, измерению температуры тела, постановки в/в систем, осмотру, опросу больных и уходу за больными. Я стараюсь научить их не только определённым навыкам, но и таким необходимым качествам, как терпение, внимательность, взаимовежливость, доброжелательность и сочувствие, которые также необходимы в нашей работе.

В 2009-2011 гг. мною обучены 5 человек.

### **4. Этический кодекс медицинской сестры России**

Принимая во внимание важнейшую роль в современном обществе самой массовой из медицинских профессий - профессии медицинской сестры; учитывая традиционно большое значение этического начала в медицине и здравоохранении; руководствуясь документами по медицинской этике Международного совета медицинских сестер и Всемирной организации здравоохранения, Ассоциация медицинских сестер России принимает настоящий Этический кодекс.

Часть I. Общие положения

Этической основой профессиональной деятельности медицинской сестры является гуманность и милосердие. Важнейшими задачами профессиональной деятельности медицинской сестры являются:

ь комплексный всесторонний уход за пациентами и облегчение их страданий;

ь восстановление здоровья и реабилитация;

ь содействие укреплению здоровья и предупреждение заболеваний.

Часть II. Медицинская сестра и пациент

Статья 1. Медицинская сестра и право пациента на качественную медицинскую помощь. Медицинская сестра должна уважать неотъемлемые права каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья и на получение адекватной медицинской помощи. Медицинская сестра обязана оказывать пациенту качественную медицинскую помощь, отвечающую принципам гуманности и профессиональным стандартам. Медицинская сестра несет моральную ответственность за свою деятельность перед пациентом, коллегами и обществом. Профессиональная и этическая обязанность медицинской сестры оказывать, в меру своей компетенции, неотложную медицинскую помощь любому человеку, нуждающемуся в ней.

Статья 2. Основное условие сестринской деятельности - профессиональная компетентность. Медицинская сестра должна всегда соблюдать и поддерживать профессиональные стандарты деятельности, определяемые Министерством здравоохранения Российской Федерации. Непрерывное совершенствование специальных знаний и умений, повышение своего культурного уровня - первейший профессиональный долг медицинской сестры. Медицинская сестра должна быть компетентной в отношении моральных и юридических прав пациента.

Статья 3. Гуманное отношение к пациенту, уважение его законных прав. Медицинская сестра должна превыше всего ставить сострадание и уважение к жизни пациента. Медицинская сестра обязана уважать право пациента на облегчение страданий в той мере, в какой это позволяет существующий уровень медицинских знаний. Медицинская сестра не вправе участвовать в пытках, казнях и иных формах жестокого и бесчеловечного обращения с людьми. Медицинская сестра не вправе способствовать самоубийству больного. Медицинская сестра ответственна, в пределах своей компетенции, за обеспечение прав пациента, провозглашенных Всемирной медицинской ассоциацией, Всемирной организацией здравоохранения и закрепленных в законодательстве Российской Федерации.

Статья 4. Уважение человеческого достоинства пациента. Медицинская сестра должна быть постоянно готова оказать компетентную помощь пациентам независимо от их возраста или пола, характера заболевания, расовой или национальной принадлежности, религиозных или политических убеждений, социального или материального положения или других различий. Осуществляя уход, медицинская сестра должна уважать право пациента на участие в планировании и проведении лечения. Проявления высокомерия, пренебрежительного отношения или унизительного обращения с пациентом недопустимы. Медицинская сестра не вправе навязывать пациенту свои моральные, религиозные, политические убеждения. При установлении очередности оказания медицинской помощи нескольким пациентам медицинская сестра должна руководствоваться только медицинскими критериями, исключая какую-либо дискриминацию. В случаях, требующих по медицинским показаниям контроля за поведением пациента, медицинской сестре следует ограничивать свое вмешательство в личную жизнь пациента исключительно профессиональной необходимостью.

Статья 5. Прежде всего - не навреди. Медицинская сестра не вправе нарушать древнюю этическую заповедь медицины «Прежде всего - не навреди!». Медицинская сестра не вправе безучастно относиться к действиям третьих лиц, стремящихся принести пациенту такой вред. Действия медицинской сестры по уходу, любые другие медицинские вмешательства, сопряженные с болевыми ощущениями и иными временными негативными явлениями, допустимы лишь в его интересах. «Лекарство не должно быть горше болезни!». Производя медицинские вмешательства, чреватые риском, медицинская сестра обязана предусмотреть меры безопасности, купирования угрожающих жизни и здоровью пациента осложнений.

Статья 6. Медицинская сестра и право пациента на информацию

Медицинская сестра должна быть правдивой и честной. Моральный долг медицинской сестры - информировать пациента о его правах. Она обязана уважать право пациента на получение информации о состоянии его здоровья, о возможном риске и преимуществах предлагаемых методов лечения, о диагнозе и прогнозе, равно как и его право отказываться от информации вообще. Учитывая, что функция информирования пациента и его близких по преимуществу принадлежит врачу, медицинская сестра имеет моральное право передавать профессиональные сведения лишь по согласованию с лечащим врачом в качестве члена бригады, обслуживающей данного пациента. В исключительных случаях медицинская сестра имеет право скрыть от пациента профессиональную информацию, если она убеждена, что таковая причинит ему серьезный вред.

Статья 7. Медицинская сестра и право пациента соглашаться на медицинское вмешательство или отказываться от него

Медицинская сестра должна уважать право пациента или его законного представителя (когда она имеет дело с ребенком или недееспособным душевнобольным) соглашаться на любое медицинское вмешательство или отказаться от него. Медицинская сестра должна быть уверена, что согласие или отказ даны пациентом добровольно и осознанно. Моральный и профессиональный долг медицинской сестры - в меру своей квалификации разъяснять пациенту последствия отказа от медицинской процедуры. Отказ пациента не должен влиять на его положение и негативно отражаться на отношении к нему медицинской сестры и других медицинских работников.

Медицинская сестра вправе оказывать помощь без согласия пациента (или без согласия законного представителя некомпетентного пациента - ребенка до 15 лет или недееспособного душевнобольного) только в строгом соответствии с законодательством Российской Федерации. При оказании медицинской помощи некомпетентным пациентам медицинская сестра должна, насколько позволяет состояние таких пациентов, привлекать их к процессу принятия решения.

Статья 8. Обязанность хранить профессиональную тайну

Медицинская сестра должна сохранять в тайне от третьих лиц доверенную ей или ставшую ей известной в силу исполнения профессиональных обязанностей информацию о состоянии здоровья пациента, диагнозе, лечении, прогнозе его заболевания, а также о личной жизни пациента даже в случае смерти пациента. Медицинская сестра обязана неукоснительно выполнять свои функции по защите конфиденциальной информации о пациентах, в каком бы виде она ни хранилась. Медицинская сестра вправе раскрыть конфиденциальную информацию о пациенте какой-либо третьей стороне только с согласия самого пациента. Право на передачу медсестрой информации другим специалистам и медицинским работникам, оказывающим медицинскую помощь пациенту, предполагает наличие его согласия. Медицинская сестра вправе передавать конфиденциальную информацию без согласия пациента лишь в случаях, предусмотренных законом. При этом пациента следует поставить в известность о неизбежности раскрытия конфиденциальности информации. Во всех других случаях медицинская сестра несет личную моральную, а иногда и юридическую, ответственность за разглашение профессиональной тайны.

Статья 9. Медицинская сестра и умирающий больной

Медицинская сестра должна с уважением относиться к праву умирающего на гуманное отношение и достойную смерть. Медицинская сестра обязана владеть необходимыми знаниями и умениями в области паллиативной медицинской помощи, дающей умирающему возможность окончить жизнь с максимально достижимым физическим, эмоциональным и духовным комфортом. Первейшие моральные и профессиональные обязанности медицинской сестры: предотвращение и облегчение страданий, как правило, связанных с процессом умирания; оказание умирающему и его семье психологической поддержки. Эвтаназия, то есть преднамеренные действия медицинской сестры с целью прекращения жизни умирающего пациента, даже по его просьбе, неэтична и недопустима.

Медицинская сестра должна относиться уважительно к умершему пациенту. При обработке тела следует учитывать религиозные и культурные традиции. Медицинская сестра обязана уважать закрепленные в законодательстве Российской Федерации права граждан относительно патологоанатомических вскрытий.

Статья 10. Медицинская сестра как участник научных исследований и учебного процесса

Медицинская сестра должна стремиться участвовать в исследовательской деятельности, в приумножении знаний в своей профессии. В исследовательской деятельности с участием человека в качестве объекта медицинская сестра обязана строго следовать международным документам по медицинской этике (Хельсинкская декларация и др.) и законодательству Российской Федерации. Интересы личности пациента для медицинской сестры должны быть всегда выше интересов общества и науки. Участвуя в научных исследованиях, медицинская сестра обязана особенно строго обеспечивать защиту тех пациентов, которые сами не в состоянии об этом позаботиться (дети, лица с тяжелыми психическими расстройствами). Участие пациента в учебном процессе допустимо лишь с соблюдением тех же гарантий защиты их прав.

Часть III. Медицинская сестра и ее профессия

Статья 11. Уважение к своей профессии

Медицинская сестра должна поддерживать авторитет и репутацию своей профессии. Опрятность и соблюдение правил личной гигиены - неотъемлемое качество личности медицинской сестры. Медицинская сестра несет личную моральную ответственность за поддержание, внедрение и улучшение стандартов сестринского дела. Она не должна претендовать на ту степень компетентности, которой не обладает. Право и долг медицинской сестры - отстаивать свою моральную, экономическую и профессиональную независимость. Медицинская сестра должна отказываться от подарков и лестных предложений со стороны пациента, если в основе лежит его желание добиться привилегированного положения по сравнению с другими пациентами. Медицинская сестра вправе принять благодарность от пациента, если она выражается в форме, не уничтожающей человеческое достоинство обоих, не противоречит принципам справедливости и порядочности и не нарушает правовых норм. Интимные отношения с пациентом осуждаются медицинской этикой. Поведение медицинской сестры не должно быть примером отрицательного отношения к здоровью.

Статья 12. Медицинская сестра и ее коллеги

Медицинская сестра должна отдавать дань заслуженного уважения своим учителям. Во взаимоотношениях с коллегами медицинская сестра должна быть честной, справедливой и порядочной, признавать и уважать их знания и опыт, их вклад в лечебный процесс. Медицинская сестра обязана в меру своих знаний и опыта помогать коллегам по профессии, рассчитывая на такую же помощь с их стороны, а также оказывать содействие другим участникам лечебного процесса, включая добровольных помощников. Медицинская сестра обязана уважать давнюю традицию своей профессии - оказывать медицинскую помощь коллеге безвозмездно. Попытки завоевать себе авторитет путем дискредитации коллег неэтичны.

Моральный и профессиональный долг медицинской сестры - помогать пациенту выполнять назначенную врачом программу лечения. Медицинская сестра обязана точно и квалифицированно производить назначенные врачом медицинские манипуляции. Высокий профессионализм медицинской сестры - важнейший моральный фактор товарищеских, коллегиальных взаимоотношений медицинской сестры и врача. Фамильярность, неслужебный характер взаимоотношений врача и медицинской сестры при исполнении ими профессиональных обязанностей осуждаются медицинской этикой. Если медицинская сестра сомневается в целесообразности лечебных рекомендаций врача, она должна тактично обсудить эту ситуацию сначала с самим врачом, а при сохраняющемся сомнении и после этого - с вышестоящим руководством.

Статья 13. Медицинская сестра и сомнительная медицинская практика

Медицинская сестра, столкнувшись с нелегальной, неэтичной или некомпетентной медицинской практикой, должна становиться на защиту интересов пациента и общества. Медицинская сестра обязана знать правовые нормы, регулирующие сестринское дело, систему здравоохранения в целом и применение методов традиционной медицины (целительства), частности. Медицинская сестра вправе обращаться за поддержкой в государственные органы здравоохранения, Ассоциацию медицинских сестер, предпринимая меры по защите интересов пациента от сомнительной медицинской практики.

Часть IV. Медицинская сестра и общество

Статья 14. Ответственность перед обществом

Моральный долг медицинской сестры как члена медицинского сообщества - заботиться об обеспечении доступности и высоком качестве сестринской помощи населению. Медицинская сестра должна активно участвовать в информировании и медико-санитарном просвещении населения, помогающем пациентам сделать правильный выбор в их взаимоотношениях с государственной, муниципальной и частной системами здравоохранения. Медицинская сестра, в меру своей компетенции, должна участвовать в разработке и осуществлении коллективных мер, направленных на совершенствование методов борьбы с болезнями, предупреждать пациентов, органы власти и общество в целом об экологической опасности, вносить свой вклад в дело организации спасательных служб. Ассоциация медицинских сестер, медицинское сообщество в целом должны способствовать привлечению медицинских сестер в районы страны, где медицинская помощь наименее развита, предусматривая стимулы для работы в таких районах.

Статья 15. Поддержание автономии и целостности сестринского дела

Моральный долг медицинской сестры - способствовать развитию реформы сестринского дела в России. Медицинская сестра должна поддерживать, развивать автономию, независимость и целостность сестринского дела. Долг медицинской сестры - привлекать внимание общества и средств массовой информации к нуждам, достижениям и недостаткам сестринского дела. Медицинская сестра должна защищать общество от дезинформации или неправильной интерпретации сестринского дела. Самореклама несовместима с медицинской этикой. Если медицинская сестра участвует в организованном коллективном отказе от работы, она не освобождается от обязанности оказывать неотложную медицинскую помощь, а также от этических обязательств по отношению к тем пациентам, кто в данный момент проходит у нее курс лечения.

Статья 16. Гарантии и защита законных прав медицинской сестры

Гуманная роль медицинской сестры в обществе создает основу требований законной защиты личного достоинства сестры, физической неприкосновенности и права на помощь при исполнении ею профессиональных обязанностей как в мирное, так и в военное время. Уровень жизни медицинской сестры должен соответствовать статусу ее профессии. Размер гонорара, определяемого частнопрактикующей сестрой, должен быть соизмерим с объемом и качеством оказываемой медицинской помощи, степенью ее компетентности, особыми обстоятельствами в каждом конкретном случае. Безвозмездная помощь бедным пациентам этически одобряется. Ни медицинских работников вообще, ни кого-либо из медицинских сестер в частности нельзя принуждать к работе на неприемлемых для них условиях. Обеспечение условий профессиональной деятельности медицинской сестры должно соответствовать требованиям охраны труда.

Медицинская сестра вправе рассчитывать на то, что межрегиональная Ассоциация медицинских сестер России окажет ей полноценную помощь по: защите чести и достоинства (если ее доброе имя будет кем-либо необоснованно опорочено); своевременному получению квалификационной категории в соответствии с достигнутым уровнем профессиональной подготовки; созданию и применению процедур страхования профессиональных ошибок, не связанных с небрежным или халатным исполнением профессиональных обязанностей; профессиональной переподготовке при невозможности выполнения профессиональных обязанностей по состоянию здоровья; своевременном получении льгот, предусмотренных законодательством Российской Федерации для медицинских работников.

Этический кодекс дает четкие нравственные ориентиры профессиональной деятельности медицинской сестры, призван способствовать консолидации, повышению престижа и авторитета сестринской профессии в обществе, развитию сестринского дела в России.

**4.1 Нозоология заболевания**

*Острый панкреатит*

Клиническая характеристика острого панкреатита.

Поджелудочная железа играет важную роль в процессах пищеварения и обмена веществ. Её внешнесекреторная деятельность состоит в выделении в двенадцатиперстную кишку панкреатического сока, содержащего ферменты (трипсин, липаза, мальтаза и др.), участвующего в процессах пищеварения, а внутрисекреторная деятельность - в выработке гормонов, прежде всего - инсулина. Диагностика заболеваний поджелудочной железы представляет одну из трудных задач в медицине, поэтому такие принципы, своевременность, быстрота, точность и обоснованность диагноза, быстрая и своевременная доставка больного в хирургический стационар очень актуальны.

Острый панкреатит - сравнительно нередкое заболевание. Частота его колеблется в пределах 0,4-6,8% от всех хирургических заболеваний. Тяжёлые формы, в частности панкреонекроз, представляют непосредственную угрозу жизни больного и входят в группу болезней, объединяемых понятием «острый живот».

*Классификация*

· острый отёк поджелудочной железы;

· острый геморрагический панкреатит;

· острый панкреонекроз;

· гнойный пакреатит.

Наиболее частой причиной возникновения острого панкреатита являются заболевания желчных путей, в особенности - желчнокаменная болезнь. Часто заболевание возникает после приёма в большом количестве жирной пищи, а также алкоголя, когда содержимое двенадцатиперстной кишки (желчь, кишечный сок, содержащий пищеварительные ферменты, бактерии) проникает в просвет протока поджелудочной железы, способствуя активизации панкреатических ферментов и самоперевариванию железы с образованием в ней очагов некроза. По-видимому, имеет значение спазм сфинкера Одди и кровеносных сосудов с развитием в них тромбоза. В последнее время большое значение приобретает алиментарный фактор. Острый панкреатит оказывает отрицательное влияние на состояние других систем, в первую очередь на систему кровообращения, в тяжёлых случаях обусловливая возникновения коллапса. С другой стороны, панреатические ферменты, поступающие в кровь, могут обусловить некротические процессы в других органах, тяжёлую общую интоксикацию, лежащую в основе развития шока.

***Клиника***

Обычно в начале болезни внезапное в виде приступа резчайших болей постоянно нарастающего характера в эпигастральной области с иррадиацией влево, сзади, в спину, позвоночник, приобретающий опоясывающий характер. Вскоре появляется неукротимая рвота, не приносящая облегчения, изредка с примесью крови, икота. Кожа лица приобретает бледно-синюшный оттенок, иногда отмечается субиктеричность склер. Дыхание учащённое, поверхностное; пульс частый, малый; температура нормальная или субфебрильная. Язык сухой, обложен. На коже живота в эпигастрии, области пупка появляются синюшные пятна. При пальпации живота выявляется выраженная болезненность в эпигастрии слева, в левом подреберье, в области левого реберно-позвоночного угла (симптом Мэйо-Робсона). Вместе с тем вначале живот, несмотря на сильные боли, не напряжён, нет симптомов раздражения брюшины. В последующем они появляются, и тогда симптом Щёткина-Блюмбера определяется чётко. Характерен также для острого панкреатита симптом Воскресенского: исчезновение пульсации брюшной аорты в эпигастральной области вследствие отёка поджелудочной железы. Нередки боли в области сердца, в отдельных случаях - инфаркт миокарда. Лабораторные методы исследования доступны только в клинике, и фельдшер должен опираться прежде всего на клиническую картину.

***Неотложная помощь***

На эпигастральную область укладывается пузырь со льдом, обеспечивается максимальный покой. Запрещается употребление воды и пищи. Перед госпитализацией внутривенно вводится полиглюкин 400 мл + 20 мл 1%-ного новокаина, добавляются спазмолитические средства - папаверин, атропин, платифиллин, но-шпа. Инфузионная терапия при тяжёлых формах панкреатита с нестабильной гемодинамикой продолжается во время транспортировки. Больной доставляется лёжа в хирургический стационар.

**.2 Новые технологии**

В октябре 2011г впервые закуплен препарат тромболитической терапии Метализе (Тенектеплаза), предназначенный для проведения тромболизиса больным с инфарктом миокарда и ОКС на догоспитальном этапе.

Метализе (Тенектеплаза) на сегодняшний день единственный тромболитик, идеально подходящий для условий скорой помощи, введение его не требует внутривенной капельной инфузии, на подготовку и проведение которой, затрачиваются драгоценные минуты. Метализе вводится в виде однократного внутривенного болюса в течение 10 сек. Тромболизис препаратом Метализе может проводиться как врачом, так и фельдшером скорой медицинской помощи. Научные исследования убедительно доказали, что ТЛТ на этапе скорой помощи может спасти жизнь и улучшить клинический исход заболевания. В международной клинической практике применение ТЛТ на догоспитальном этапе у пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST на ЭКГ давно является общепринятым, рутинным методом лечения.

**Введены новые препараты**:

Ш Добутамин - кардиотонический препарат негликозидной природы.

Ш Cемакс - ноотропное средство с целью расширения базисной терапии.

Ш Энап - ингибитор ангиотензин превращающего фермента.

Ш Нитроминт - жидкий нитроглицерин.

Ш Применяются препараты для небулайзерной терапии: вентолин, беродуал, пульмикорт.

Ш Плазмозаменяющие препараты (6% раствор рефортана).

**4.3 Участие в семинарах**

В Онохойской участковой больнице регулярно проводятся конференции на медицинские темы, тематические лекции по актуальным, на данный момент, вопросам, лекциям по заболеваниям, связанных с сезонностью.

**Прослушаны лекции по темам:**

1. ОРВИ, грипп, дифференциальная диагностика. Ларинготрахеиты, клиника, диагностика. Менингококковая инфекция в дифференциальной диагностике с ОРВИ

. ТЭЛА. Диагностика, клиника, течение. ОДН, причины, стадии

. ООИ. Холера. Клиника, диагностика. Мероприятие медицинского персонала при выявлении больного с ООИ на догоспитальном этапе. Птичий грипп

. Острые отравления. Диагностика, тактика, лечение

. Внезапная остановка кровообращения и методы восстановления сердечной деятельности. Причины внезапной смерти. Основные правила проведения ИВЛ и закрытого массажа сердца

. ИБС. Классификация. Острый инфаркт миокарда. Клиника, ЭКГ диагностика, тактика на догоспитальном этапе, применение тропонинового теста. Кардиогенный шок

. Вирусные гепатиты. Этиология, патогенез, клиника, профилактика. Приказ № 408. ВИЧ инфекция

. Артериальная гипертония, гипертонический криз. Классификация, клиника, диагностика, течение

. Бронхиальная астма, астматический статус. Клиника, диагностика, лечение, тактика на догоспитальном этапе

. Острые кишечные инфекции. Клиника, диагностика, лечение, тактика на догоспитальном этапе.

. Дифтерия. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика

.Острые хирургические заболевания органов брюшной полости Клиника, диагностика, лечение, тактика на догоспитальном этапе.

.Черепно-мозговые травмы. Классификация. Шкала Глазго. Клинические критерии нарушения сознания

. Политравма Клиника, диагностика, лечение, тактика на догоспитальном этапе.

. ОНМК. Классификация, клиника, диагностика, помощь на догоспитальном этапе

. Шоки, классификация, виды, принципы инфузионной терапии и оказания экстренной медицинской помощи

17. Профилактика профессионального заражения ВИЧ инфекцией медицинских работников. Приказ № 235/862-ОД от 06.09.1

ѕ Участвовала в выездном семинаре по программе «Государственное урегулирование и организация деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ» 19 ноября 2011 г.

ѕ На базе Заиграевской ЦРБ 17 декабря 2011 г. была прослушана лекция по ТЛА (тромболизесная терапия).

ѕ Прошла обучение в Республиканском наркологическом диспансере по 72-часовой программе «Медицинское освидетельствование на состояние опьянения» в соответствии с приказом МЗ РФ № 308 от 14.07.2003 г. И Постановлением Правительства РФ № 610 от 26.06.1995г. 17 апреля 2008г.

**Заключение**

Эффективность работы СМП зависит от 3 основополагающих факторов:

а) от оперативности работы диспетчерской службы,

б) качества оказания экстренной помощи,

в) соблюдение принципов преемственности службы «03» и ЛПУ.

Учитывая ухудшение криминальной обстановки, считаю необходимым обязательное страхование медицинских работников во время нахождения на дежурстве.

Учитывая повышение требований к диагностике и оказанию медицинской помощи больным и пострадавшим на догоспитальном этапе, считаю необходимым улучшение материально-технической базы отделения СМП:

а) закупку новой портативной аппаратуры,

б) приобретение автомобилей СМП, оснащенных современной лечебной и диагностической аппаратурой.

**Список нормативных актов (приказов), регламентирующих работу фельдшера СМП**

1. Приказ Министерства здравоохранения № 100 от 26.03.1999 г. «О совершенствовании организации скорой медицинской помощи населению РФ».

2. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 179 от 01.11.2004 г. «Об утверждении порядка оказания скорой медицинской помощи».

3. Приказ № 209 от 29.06.2006 г. «Об организации экстренной госпитализации больных в муниципальные лечебно-профилактические учреждения».

4. Приказ Министерства Здравоохранения РФ № 330 от 12.11.1997 г. «О мерах по улучшению учета, хранения, выписывание и использования наркотических средств».

5. Приказ №205 от 16.05.03. « О внесении изменений и дополнений в приказ МЗ РФ №330».

6. Приказ министерства здравоохранения № 408 от 12.06.1989 г. «О мерах по снижению заболеваемости вирусным гепатитом в стране».

7. СанПиН 2.1.7.2790-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами"

8. Приказ Министерства здравоохранения № 577 от 16.05.2003 «Об утверждении инструкции по уничтожению наркотических средств, психотропных вещ-в и их прекурсоров, подлежащих контролю в РФ, дальнейшее использование которых в медицинской практике признано нецелесообразным».

9. Приказ Министерства Здравоохранения №36 от 03.02.98г «О совершенствовании мероприятий по профилактике дифтерии».

**Список использованной литературы**

1. Руководство по скорой медицинской помощи. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010 г. Под редакцией С.Ф. Багненко. А.Л. Вёрткин, А.Г. Мирошниченко, М.Ш. Хубутия.

2. Справочник фельдшера общей практики. Под редакцией Б.В. Кабарукина. Ростов-на-Дону, 2011 г.

. Справочник фельдшера. Под редакцией Ю.Ю. Елисеева.М.: 2006 г.

4. <http://www.kodeks-luks.ru/>

. <http://www.med-pravo.ru/>

. http://images.yandex.ru/