# Городская станция скорой медицинской помощи

## 

ОТЧЕТ

О работе фельдшера выездной бригады станции СМП г. Челябинска

Шамин Иван Семенович

за 1998 г.

***ЧЕЛЯБИНСК***

***2001 г.***

План работы:

1. Введение.

2. Структурa ГССМП.

3. Характеристика подстанции №4.

4. Отчет о работе за 1998 г.

5. Качественные показатели.

6. Выводы и предложения.

7. Использованная литература.

В 1999 г. Скорой медицинской помощи г. Челябинска исполнится 80 лет. Зоной обслуживания ГССМП является население города Челябинска с численностью 1.111.000 человек.

В структуру ГССМП входят:

1. 7 районных подстанций и 1 подстанция специализированных бригад.
2. Оперативно-диспетчерская служба с ЦД «03» и диспетчерскими подстанций.
3. Централизованная стерилизационная.
4. Дистанционно-диагностический консультативный центр «Волна».
5. Организационно-методический отдел с отделом медицинской статистики.
6. Архивно-справочная служба.
7. Административно-управленческий аппарат.
8. и др. вспомогательные подразделения.

Станции СМП:

1. Оказывают экстренную медицинскую помощь на догоспитальном этапе больным с внезапными заболеваниями и пострадавшим в кратчайшие сроки с момента поступления вызова, обеспечивая восстановление нарушенных жизненно важных функций, как на месте обслуживания вызова, так и во время транспортировки больного.
2. Осуществляют экстренные перевозки больных, пострадавших, рожениц в ЛПУ с оказанием, при необходимости, экстренной медицинской помощи.

Подстанция №4, где я работаю, обслуживает население Центрального и Калининского районов г. Челябинска. Она расположена в центре района обслуживания. Численность обслуживаемого населения 117.997 чел., из них детского 19.753 чел. Время транспортной доступности (доезда до границы района) не превышает 15 мин.

На нашей подстанции круглосуточно дежурят 10 бригад. Из них 1 кардиологическая, 1 педиатрическая, 3 врачебных, 5 фельдшерских выездных бригад.

За каждой выездной бригадой СМП закрепляется на время дежурства тонометр, медицинская сумка с табельным набором медикаментов, приставка для передачи ЭКГ по телефону (ЭКП - 8,9), электрокардиограф «Салют» у линейных ВБ и КБ, сумка с растворами для внутривенных инфузий, дыхательная аппаратура. Костыли, шины и щит закреплены за каждой машиной.

Санитарный транспорт подстанций полностью радиофицирован, что позволяет обеспечивать прямую связь с центральной диспетчерской «03». Прием и передача вызовов бригадам осуществляется диспетчерами «03». При поступлении вызова на подстанцию, фельдшер-диспетчер обязан в течении 4 минут направить выездную бригаду к месту вызова; а при срочном поводе: умирает, без сознания, ДТП и др. время сокращается до 2 минут.

Я работаю фельдшером линейной бригады с 1997 г. В своей работе руководствуюсь приказами:

1. приказ МЗ СССР от 29.12.84 г. №1490 «О мерах по дальнейшему развитию и совершенствованию скорой и неотложной помощи», с 26.03.99 г. приказ МЗ РФ №100 « О совершенствовании организации скорой медицинской помощи населению РФ».
2. приказ МЗ СССР от 31.07.78 г. № 720 «Об улучшении медицинской помощи больным с гнойными хирургическими заболеваниями и усилению мероприятий по борьбе с внутрибольничной инфекцией».
3. приказ МЗ РФ от 12.11.97 г. №330 «О мерах по улучшению учета, хранения, выписывания и использования наркотических лекарственных средств».
4. приказ МЗ СССР от 25.05.88 г. №404 «О мерах по дальнейшему совершенствованию скорой медицинской помощи населению».
5. приказ МЗ СССР от 12.07.89 г. №408 «О мерах по снижению заболеваемости вирусными гепатитами в стране».

А также приказами главного врача и его заместителей, должностной инструкции фельдшера выездной линейной бригады, допущенного к самостоятельному обслуживанию больных и пострадавших.

За год мною обслужено 989 вызовов, они разделяются по группам:

Структура вызовов Таблица 1

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| профиль | Количество вызовов | процент к общему количеству |
| Терапевтические | 479 | 48,43 |
| Хирургические | 371 | 37,51 |
| Экстренные перевозки | 99 | 10,02 |
| Прочие | 40 | 4,04 |
| Всего: | 989 | 100 |

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

Группы заболеваний терапевтического профиля Таблица 2

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Группы заболеваний | Количество вызовов | процент к общему количеству |
| О. патология СС системы | 209 | 43,64 |
| О. патология органов дыхания | 54 | 11,28 |
| О. патология нервной системы | 91 | 18,99 |
| О. инфекционные заболевания | 52 | 10,86 |
| О. заболевания ЖКТ | 35 | 7,30 |
| Аллергические реакции | 16 | 3,34 |
| Прочие | 22 | 4,59 |
| Всего: | 479 | 100 |

Более трети вызовов терапевтического профиля составляют вызовы к больным с патологией сердечно-сосудистой системы.

Структура обслуживания вызовов к больным с заболеваниями сердечно- сосудистой системы Таблица 3

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Нозологическая группа | Количество вызовов | процент к общему количеству |
| Гипертоническая болезнь; с кризами, без кризов | 142 | 67,94 |
| ИБС. Стабильная стенокардия | 26 | 12,44 |
| ОИМ. Нестабильная стенокардия | 16 | 7,66 |
| Нарушения ритма и проводимости | 15 | 7,18 |
| Прочие | 10 | 4,78 |
| Всего: | 209 | 100 |

Из таблицы видно, что 68% вызовов выполнено к больным с гипертонической болезнью. Этот высокий процент обусловлен двумя факторами:

1. Недостаточно полноценное лечение участковыми врачами.
2. Невыполнение больными всех назначений и рекомендаций.

Структура обслуживания вызовов к больным с заболеваниями органов дыхания

Таблица 4

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Нозологическая группа | Количество вызовов | процент к общему количеству |
| Бронхиальная астма | 16 | 29,63 |
| Пневмония | 12 | 22,22 |
| Прочие | 26 | 48,15 |
| Всего: | 54 | 100 |

Вывод: большее количество вызовов выполняется к больным с бронхиальной астмой и обострениями хронического бронхита. Это связано с неблагоприятной экологической обстановкой в городе.

Группа заболеваний хирургического профиля Таблица 5

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Нозологическая группа | Количество вызовов | процент к общему количеству |
| О. хирургическая патология органов брюшной. полости | 88 | 23,72 |
| Урологические заболевания | 70 | 18,87 |
| Травмы | 144 | 38,81 |
| Заболевания гинеколог-кого профиля, роды | 51 | 13,75 |
| Прочие | 18 | 4,85 |
| Всего: | 371 | 100 |

Вывод: основное количество вызовов выполнено к больным с травмами.

Структура обслуживания вызовов к больным с травмами Таблица 6

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Вид травмы | Количество вызовов | процент к общему количеству |
| ЧМТ | 38 | 26,39 |
| Травмы конечностей | 54 | 37,50 |
| Травмы грудной клетки | 14 | 9,72 |
| Прочие | 38 | 26,39 |
| Всего: | 144 | 100 |

Более 37% приходится на травмы конечностей, причем большинство травм бывает в зимнее время, во время гололеда и у больных в алкогольном опьянении.

Структура обслуживания вызовов к больным с острой хирургической патологией брюшной полости Таблица 7

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Нозологическая группа | Количество вызовов | процент к общему количеству |
| О. Аппендицит | 20 | 22,73 |
| О. Холецистит | 29 | 32,95 |
| О. Панкреатит | 6 | 6,82 |
| Жел/кишечное кровотечение | 9 | 10,23 |
| Ущемление грыжи | 8 | 9,09 |
| Прочие | 16 | 18,18 |
| Всего: | 88 | 100 |

Вывод: 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.

Качественные показатели.

За 1998 г. доставлено на госпитализацию 152 человека, что составляет 15,36% от общего количества вызовов.

Структура госпитализации Таблица 8

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Профиль | Достав-лено | Госпитa-лизировано | Отказано | Не учтено | Процент отказа | Процент отказа по п/с |
| Больные  хирур-го профиля | 125 | 84 | 26 | 15 | 20,80 | 25,58 |
| Больные терап-го профиля | 24 | 17 | 4 | 3 | 16,66 | 9,57 |
| Прочие | 3 | 3 | - | - | 0,00 | 50,00 |

Большой процент отказа относится к больным терапевтического профиля. Это связано с необходимостью транспортировки больных с улицы или общественного места в стационар для наблюдения при отсутствия показаний для экстренной госпитализации.

Структура повторных вызовов Таблица 9

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Повторные вызова | Количество повторных вызовов | Процент к общему количеству | процент по подстанции |
| Особенности течения заболевания | 22 | 78,57 | 74,23 |
| Необоснованность вызова | - | - | 4,15 |
| Отказы от госпитализации | 6 | 21,42 | 19,23 |
| Диагностическая ошибка | - | - | 0,69 |
| Неправильная тактика | - | - | 1,15 |
| Нерациональная  терапия | - | - | 0,15 |
| Недооценка тяжести состояния | - | - | 0,38 |
| Всего: | 28 | 2,80 | 3,67 |

Вывод: большинство повторных вызовов относится к группе: «Особенности течения заболевания», повторные вызова зависят от течения хронического процесса, от незнания больным или их родственниками особенности течения хронического заболевания (злокачественных образований и.т.д.), а так же, в ряде случаев, от нежелания ухаживать за больным с хроническим заболеванием. Необоснованные повторы в большинстве случаев связаны с вызовом бригады к больным в алкогольном опьянении.

При повторном вызове госпитализировано 6 человек 24,41%, по подстанции 26,69%.

За год мною было доставлено на госпитализацию 152 человека. Вернулось 55 талонов из которых 4 с расхождением диагноза.

Показатели клинико-догоспитальных расхождений диагнозов Таблица 10

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Всего возвращено талонов | Из них с расхождением | Процент совпадения диагноза | Процент совпадения диагноза по п/станции |
| 55 | 4 | 92,70 | 95,67 |

Анализ клинико-догоспитальных расхождений диагноза Таблица 11

|  |  |
| --- | --- |
| Предварительный диагноз в сопроводительном листе | Диагноз заключительный |
| 1. Острый холецистит | 1. Апоплексия правого яичника |
| 2. Клещевой энцефалит | 2. Рожистое воспаление грудной клетки |
| 3. Острый аппендицит. Почечная колика справа | 3. Острая ишемия мозга |
| 4. Острый аппендицит. Кишечная колика | 4. Почечная колика справа |

Во втором и третьем случае имело место сложность в диагностике. Во втором случае на фоне высокой гипертермии, гиперемии всех кожных покровов, обнаружен вросший клещ. В третьем случае больная 2 дня находилась под наблюдением хирурга в хирургическом отделении и только потом переведена в нервное отделение.

После анализа причин расхождения диагнозов (недостаточный сбор анамнеза, переоценка клинических симптомов, особенности течения заболевания, атипичной формы заболевания), самостоятельно изучил литературу по данной патологии, с особым вниманием на дифференциальную диагностику заболеваний на догоспитальном этапе.

За отмеченный период смертей в присутствие не было. Жалоб от населения на качество обслуживания не поступало.

Число проведенных манипуляций за 1998г.:

1. ЭКГ по телефону - 35,
2. Использование дыхательной аппаратуры -1,
3. Проведение реанимационных мероприятий -1,
4. Капельное внутривенное введение -12,
5. Внутривенные иньекции -184,
6. Внутримышечные иньекции -198,
7. Зондовые промывания желудка -6,
8. Катетеризация мочевого пузыря мягким катетером -10,
9. Передняя тампонада носовых ходов -9,
10. Транспортная иммобилизация шинами Крамера -34,
11. Наложение асептических повязок -86,

Количество вызванных на консультацию специализированных бригад:

* неврологическая бригада -18
* психиатрическая бригада -3
* кардиологическая бригада -15

Для повышения квалификации и уровня знаний посещал медицинские конференции:

* Энтеровирусные инфекции у детей.
* Дифференциальная диагностика заболеваний периферической нервной системы. Дифференциальная диагностика черепно-мозговых травм.
* Ожоговая болезнь.
* Малярия. Клиника. Эпидемиология. Тактика.
* Особо опасные инфекции (сдача зачета 1 р./год).

В 1998 г. прошел цикл усовершенствования для средних медицинских работников. Имею лицензию по специальности: «Лечебное дело» и сертификат, выданный в 1998 г.

Выводы и предложения:

1. 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.

1. Учитывая ухудшение криминальной и эпидемиологической обстановки в городе (ВИЧ-инфекция, вирусные гепатиты, туберкулез), считаю необходимым обязательное страхование медицинских работников во время нахождения на дежурстве.
2. Учитывая повышение требований к диагностике и оказанию медицинской помощи больным и пострадавшим на догоспитальном этапе, считаю необходимым улучшение материально-технической базы ГССМП:

а) закупку новой портативной аппаратуры,

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

Используемая литература:

1. Сборник нормативных документов. Осипов А.Н., Балакаев С.Н., 1995 г.
2. Неотложные состояния и экстренная медицинская помощь. Под ред.Чазов Е.И.,. Москва, «Медицина», 1989 г.
3. Руководство для врачей скорой помощи. Под ред. Михайлович В.А., Ленинград, «Медицина», 1989 г.

|  |  |
| --- | --- |
| Аттестуемый, фельдшер СМП | Шамин И.С. |
| Заведующий подстанции №4 | Васильев А.А. |
| Заведующий ОМО | Балакаев С.Н. |
| Главный врач ГССМП | Осипов А.Н. |