|  |
| --- |
| «УТВЕРЖДАЮ»  |
| ГЛАВНЫЙ ВРАЧ |
| МУЗ «ГБ№8» г. Тулы |

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Гринберг П.З.

Отчет о работе участкового врача терапевта Мироновой Натальи Валериевны

за 2010 – 2012 гг.

**Структура ГБ №8**

В 1897 Бельгийское акционерное общество построило в поселке Косая Гора металлургический завод. При нем была построена первая больница на семь коек. Один фельдшер лечил от всех болезней. В 1932-1933 годах построено новое здание барачного типа: стационар и поликлиника. Сколько косогорцев появилось на свет в стенах этой больницы, скольким бойцам была оказана первая медицинская помощь во время войны. 1959 год - построена новая медсанчасть для работников завода, которая в настоящее время обслуживает все население поселка.

В настоящее время ГБ №8 включает в себя хирургическое, терапевтическое, гинекологическое, взрослое поликлиническое, детское поликлиническое отделения.

ГБ №8 включает в себя взрослую поликлинику, детскую поликлинику и женскую консультацию. Стационар на 170 коек, включает в себя 3 отделения, располагающихся в 3-х корпусах. Терапевтическое отделение находится в 3,5 км от главного корпуса в отдельном здании. Гинекологическое отделение и детская поликлиника располагаются в жилых домах в приспособленных помещениях.

МУЗ ГБ№8 имеет в своем составе стационар на 170 коек ,включающий в себя терапевтическое, хирургическое, гинекологическое отделения, и поликлинику, рассчитанную на 130 посещений в смену.

**Структура МУЗ ГБ №8**

МУЗ ГБ № 8

Поликлиника

на 130 посещений

в смену

Стационар

на 170 коек

Гинеколог.

отделение

60 коек

Хирургич.

Отделение 60 коек

Терапевтич.

Отделение 50 коек

В поликлинике имеются вспомогательные кабинеты как лечебные, так и диагностические кабинеты. К диагностическим кабинетам относятся: рентгенологический, флюорографический кабинеты, лаборатория, кабинет, ФГС, ЭКГ. Лечебные кабинеты, входящие в состав поликлиники: физиотерапевтический, процедурный, кабинет массажа, лазеротерапии, кабинет ЛФК.

Ведут приемы врачи: эндокринолог, дерматолог, хирург, ЛОР, окулист и т.д. Прием ведется в две смены по графику. С 1999 года я работаю участковым врачом терапевтом в МУЗ ГБ№8 на участках № 4,5.

 В сентябре 2012 года после проведенного капитального ремонта было открыто и успешно функционирует помещение амбулатории в поселке Менделеевском, в котором я осуществляю приём пациентов своего участка. В состав амбулатории входят : кабинеты врача терапевта, педиатра, процедурный и прививочный кабинеты, кабинет УЗИ, рентгенкабинет (для зубных снимков).

 Основным документом врача, отражающим состояние здоровья больного, служит медицинская карта амбулаторного больного. Участковый врач начинает работу с расспроса, осмотра и записи в данном документе. Формируется предварительный диагноз, назначается перечень необходимого обследования и осмотр специалистов. По завершении больной возвращается к терапевту, анализируются полученные данные, формируется окончательный диагноз, назначается лечение. Решается вопрос о взятии на ДУ, определяется кратность явок и срок следующего обращения к врачу.

 Другим важным документом является врачебный журнал, куда вносятся все основные данные, касающиеся участковой службы – паспорт участка, план работы на год, вносится ежеквартальная заболеваемость по участку, инфекционная заболеваемость, список диспансерных больных, списки ИВОВ, УВОВ, чернобыльцев, воинов-интернационалистов, группа ЧДБ, трудоустройство, первичный выход на инвалидность и т.д.

 Как участковый врач, кроме приема «острых» больных, осмотра диспансерной группы больных, занимаюсь другой работой: оформляю медицинскую документацию, провожу анализ выданных первичных больничных листков, анализирую заболеваемость на участке, занимаюсь проведением противорецидивного лечения диспансерным больным, обслуживаю больных на дому, оформляю документы на МСЭК для получения группы инвалидности, провожу профосмотры предприятий, выписку льготных лекарственных средств.

 Провожу работу по трудоустройству больных по заключению КЭК, с пациентами не прошедшими флюорографического обследования более 2х лет.

**ХАРАКТЕРИСТИКА УЧАСТКА**

Мой территориальный участок включает в себя поселки Менделеевский, Рудаково. Обслуживаемый участок удалён от МУЗ ГБ№8 на пять километров. Участок представлен пятиэтажными и двухэтажными домами со всеми коммунальными удобствами и домами частного сектора.

 По основной магистрали ходят автобусы 28, маршрутные такси: 28, 33, 34, что облегчает передвижение по городу и возможность обращения в поликлинику.

 В районе обслуживания находятся следующие организации и предприятия:

* ОАО «Газстройдеталь»,
* ОАО «Связьстрой-7»,
* ОАО «Тулаоблгаз»,
* ОРТПЦ,
* ТулНИГП,
* ТМУ «Промвентиляция»
* ЗАО АТП №1
* ЗАО «Форсаж»
* средняя школа № 69,
* детский сад № 158,

 Участковый терапевт работает в контакте с администрациями предприятий, осуществляет периодические профилактические мероприятия (прививочная работа, профосмотры, дополнительная диспансеризация работающего населения в рамках национального проекта «Здоровье»).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  2010г. |  2011г. |  2012г. |
| Количество |  2899 |  2860 |  2827 |
|  |  муж |  женщ |  муж | женщ |  муж | женщ |
| Количество |  1323 | 1576 | 1308 | 1552 | 1288 | 1539 |
|  |  |  54,4% |  |  54,3% |  |  54,4% |

 **ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УЧАСТКА**

Состав и качественная характеристика населения обслуживаемого участка, представленная в таблице показывает, что с каждым из трёх отчетных периодов в составе по- прежнему преобладает женское население. За три года прослеживается тенденция к уменьшению численности населения пос. Менделеевский.

Население по возрастному признаку на 2012 год.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| подростки | До 30 лет | От 30 до 55 лет | Старше 55 лет |
|  510 | 545 | 1262 | 1020 |
|  |  муж |  женщ | муж | женщ | муж | женщ |
|  | 262 | 283 | 582 | 680 | 444 | 576 |

**Диаграмма структуры населения**



На участке на конец отчетного периода большинство, как видно из таблицы, составляют люди в возрасте от 30 до 55 лет.

На участке работают воины-интернационалисты, ликвидаторы последствий аварий на ЧАЭС.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Годы  | 2010 | 2011 | 2012 |
| Воины-интернационалисты |  6 |  6 |   5 |
| Ликвидаторы последствий аварии ЧАЭС |  3 |   2 |  2 |

Диспансеризацию ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС ежегодно в апреле проводят врачи ТДЦ. По рекомендациям специалистов участковый врач назначает лечение и реабилитацию данного контингента.

 **Работа с УВОВ и ИВОВ.**

На каждого участника ВОВ составляем план оздоровительных мероприятий. Комплексный медосмотр проводится 1 раз в год бригадой врачей, в которую входят: терапевт, хирург, окулист, невролог, отоларинголог. Проводится обследование крови, мочи, снятие ЭКГ, ФЛГ. Те, кто не могут дойти до поликлиники, обслуживаются на дому. Итог комплексного медосмотра подводит участковый врач. Все ИОВ и УВОВ амбулаторное лечение получают вне очереди. Все нуждающиеся в диспансерном наблюдении берутся на ДН, нуждающиеся в дообследовании направляются на необходимые инструментальные исследования и консультации.

Показатели работы с ИОВ, УВОВ, воинами-интернационалистами на

2012 год.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Мероприятия | ИОВ | УВОВ | Афганцы | Воевавшие в Чечне |
| Состояло их на начало года |  7 |  10 |  4 |  1 |
| Вновь взято на ДН |   - |  1 |  - |  - |
| Снято с ДН-выехало-умерло |  - - |  - 1  |  - - |  - - |
| Состоит на конец года |  7 |  10 |  4 |  1 |
| В т.ч. по группам: I II III |  2 5 - |  1 9 - |  - - 2 |  - - - |
| Охвачено комплексным м/о |  2 |  4 |  2 |  1 |
| Не нужд. в конс. узких специалистов |  5 |  6 |  - |  - |
| Нужд. в стац.лечении |  - |  1 |  - |  - |
| Получили стац. лечение |  - |  1 |  - |  - |
| Получили сан-курорт. лечение |  2  |  1 |  - |  1 |

За последний год состояние наблюдаемых без существенной динамики. Вновь прибыл 1 УВОВ, взят на ДН. Умер 1 УВОВ.

**Лечебная работа, показатели работы в поликлинике**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Принято | 2010 | 2011 | 2012 |
| В поликлинике  | 6743 | 7007 | 7883 |
| На дому | 2189 | 2462 | 2169 |
| Профосмотр  | 116 | 223 | 382 |
| Функция врачебной должности  | 8932 | 9469 | 10052 |
| Нагрузка в день на приеме | 29,8 | 30,7 | 32 |
| Нагрузка в час на приеме | 5,2 | 5,8 | 6,0 |
| Нагрузка в час на дому | 2,8 | 2,9 | 3,1 |
| % активных посещений на дому | 40 | 43 | 46 |

Из таблицы видно, что функция врачебной должности в 2012 году вы-

росла и соответствует городскому показателю. Также увеличилось количество обслуженных на дому и количество активных посещений на дому.

 Нагрузка на приеме и на дому зависит о многих факторов: сезонности, дней недели, характера посещений поликлиники в течение одного рабочего дня. Наибольшая посещаемость приходиться 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 проводиться в течение года, но интенсивнее в летнее время.

 Заболеваемость на участке за отчетный период по основным группам можно представить в следующей таблице.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 2010 год | 2011 год | 2012 год |
| Органы кровообращения (ревматизм, ГБ, ИБС) | 290 | 363 | 995 |
| Органы дыхания (хр. бронхит, БА, о. пневмония) | 46 | 44 | 42 |
| Органы пищеварения | 123 | 137 | 126 |

Из приведенной таблицы 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 на предприятии по профилактике данных заболеваний. Все больные с впервые выявленными заболеваниями, нуждающиеся в диспансерном наблюдении, в 100% случаев берутся на ДУ.

**ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ**

Большую роль в работе участкового врача играет работа с диспансерной группой больных, состоящих на учете согласно приказу

МЗ СССР № 770 от 30 мая 1986 года «О порядке проведения диспансеризации населения». Основная цель диспансеризации – сохранение и укрепление здоровья людей, предупреждение обострений и ухудшения течения заболевания, сохранения трудоспособности, снижение заболеваемости.

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 диспансерного наблюдения – форма 30. Эта карта является оперативным контрольным документом, позволяющим обеспечить своевременность активного динамического наблюдения за состоянием здоровья и проведения 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: контроля за периодичностью осмотров, за посещениями больного врача. В контрольную карту вносят паспортные данные больного, отметки о предыдущих явках, сроки последующего диспансерного осмотра, фиксируют случаи временной утраты трудоспособности.

В амбулаторной карте каждого диспансерного больного имеется индивидуальный план лечения и обследования, который составляется участковым врачом 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 врач обязательно проводит анализ своей работы по каждому больному из диспансерной группы: в амбулаторной карте пишется годовой этапный эпикриз, в котором отмечаются: исходное состояние больного, 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.

После проведенного обследования и наблюдения за отчетный период были взяты на диспансерный учет:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Нозологические формы |  2010 год |  2011 год | 2012 год |  Всего  |
|  ИБС | 8 | 8 | 7 | 23 |
| Гипертоническая болезнь | 95 | 139 | 66 | 300 |
| Язвенная болезнь | 6 | 7 | 4 | 17 |
| Холецистит  | 1 | 4 | 4 | 9 |
| Панкреатит  | 1 | 4 | 2 | 7 |
| Гепатит  | 1 | 3 | 2 | 6 |
| Пиелонефрит  | 2 | 2 | 5 | 9 |
| Гломерулонефрит  | 1 | - | - | 1 |
| Хр. Бронхит | 2 | 3 | 4 | 9 |
| О. Пневмония | 4 | 3 | 2 | 9 |
| Бронхиальная астма | 2 | - | 5 | 7 |
| Ревматизм  | 1 | - | - | 1 |
| Анемия  | 2 | 2 | 1 | 5 |
| ДОА | 4 | 6 | 4 | 14 |
| Всего по годам | 129 | 181 | 106 | 416 |

В 2010-2011гг. наблюдается наибольший рост постановки больных на ДУ. Это объясняется тем, что я принимала участие в федеральной программе по артериальной гипертензии.

Из приведенной таблицы видно, что первые 5 мест занимают (по убыванию)

1)гипертоническая болезнь- 300случаев. (72%)

2)ИБС -23случаев. (5,5%)

3)язвенная болезнь- 17случаев. (4,09%)

4)ДОА -14случаев. (3,37%)

5)Холецистит 9случаев. (2,16%)

**Диаграмма взятых на ДУ за отчетный период по основным группам заболеваний.**



Движение диспансерной группы по основным группам заболеваний:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Нозологическая форма |  2010 год | 2011 год | 2012 год |
| взят | снят | сост | взят | снят | сост | взят | снят | сост |
| ИБС | 8 | 4 | 97 | 8 | 7 | 98 | 7 | 2 | 103 |
| Гипертоническая болезнь | 95 | 15 | 360 | 139 | 17 | 482 | 66 | 16 | 532 |
| Язвенная болезнь | 6 | 4 | 39 | 7 | - | 46 | 4 | 20 | 48 |
| Хр. Холецистит | 1 | 2 | 21 | 4 | 1 | 23 | 4 | - | 27 |
| Пиелонефрит | 2 | 3 | 31 | 2 | - | 33 | 5 | - | 38 |
| Хр. Бронхит | 2 | 3 | 35 | 3 | 4 | 34 | 4 | 3 | 35 |
| Бронхиальная астма | 2 | 1 | 9 | - | 1 | 8 | 5 | 2 | 11 |
| О. Пневмония | 4 | 3 | 1 | 3 | - | 3 | 2 | 3 | 2 |
| ПДОА | 4 | 1 | 16 | 6 | - | 22 | 4 | - | 26 |
| Хр. Гепатит | 1 | - | 9 | 3 | 2 | 10 | 2 | 1 | 11 |
| Другие  | 6 | 2 | 31 | 6 | 1 | 36 | 1 | 4 | 33 |
| Всего  | 131 | 34 | 649 | 181 | 33 | 795 | 104 | 33 | 866 |

Из приведенной таблицы видно, что наибольшее количество лиц, состоящих на диспансерном наблюдении, страдают гипертонической болезнью.

Гипертонической болезнью страдают:

|  |  |
| --- | --- |
| Женщин  | Мужчин  |
| 307 | 225 |

• по возрастному признаку

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| До 30 лет | 30-55лет | Старше55 |
| 5 | 197 | 335 |

Для эффективного снижения заболеваемости гипертонической болезнью я использую комплекс мероприятий, разработанный Межправительственной Российско-Американской комиссией. В него входят медикаментозные и не медикаментозные методы лечения и 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 ангиотезина II, альфа-адреноблокаторы. 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 организована «Школа артериальной гипертензии»

**РАБОТА С ЖЕНЩИНАМИ ДЕТОРОДНОГО ВОЗРАСТА**

На участке с населением 2827 человека проживает 691 женщин фертильного возраста, что составляет 24,4% от всей численности. Всего женщин на участке 1539.

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



18-29 лет – 283 (18,4%)

30-39 лет – 240 (15,6%)

40-45 лет – 168 (10,9%)

другие возраста 848 (557%)

На участке проводится следующая работа: женщины фертильного возраста осматриваются участковым терапевтом, по показаниям – другими врачами, проводятся лабораторные исследования, ЭКГ флюорография, маммография, ФГС, УЗИ щитовидной железы, женских половых органов, брюшной полости и др.

В течение года наблюдались у участкового терапевта по поводу острых заболеваний с факторами риска из вновь выявленных 38 человек, снято после дообследования и лечения 30 человек. Состоят на диспансерном учете у терапевта 26 человек, в том числе вновь взято – 6 человек. 46 человек наблюдаются в лечебных учреждениях по месту работы, 102 человека – у узких специалистов, в т.ч у невропатолога – 17 человек, у ЛОР - врача 8 – человек, окулиста – 11 человек, эндокринолога – 7 человек, гинеколога – 19 человек, у других специалистов – 34 человека.

В целях лучшего выявления экстрагенитальной патологии у женщин фертильного возраста, оздоровления и проведения диспансерного наблюдения на основании Приказа МЗ РСФСР «Организация непрерывного наблюдения за женщинами и детьми» в поликлинике создана АТПК, которая включает в себя гинеколога, терапевта и КЭК, возглавляемая заведующей терапевтического отделения поликлиники.

Задача АТПК – раннее прогнозирование возможной патологии у будущего ребенка, своевременное и квалифицированное лечение матери и ребенка. Женская консультация передает в поликлинику еженедельно на родильниц ф.30, которые имели экстрагенитальную патологию в родах, для реабилитации участковому терапевту. Беременные женщины 2 раза осматриваются терапевтом, по показаниям лечатся в терапевтическом отделении. В 2012 году пролечено 2 человека.

**ПЕРВИЧНЫЙ ВЫХОД НА ИНВАЛИДНОСТЬ**

За отчетный период группу инвалидности получило 97 человек

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1 группа | 2 группа | 3 группа | Всего |
| 2010 | 3 | 19 | 9 | 31 |
| 2011 | 2 | 24 | 18 | 44 |
| 2012 | 3 | 8 | 11 | 22 |
| Всего | 8 | 51 | 38 | 97 |

 Анализируя эти данные, можно отметить, что максимальный выход на инвалидность наблюдался в 2011 году, что связано с ростом числа заболеваний органов кровообращения, ЦВЗ. В 2012 году первичный выход уменьшился во многом в связи с реализацией национальных проектов в сфере здравоохранения.

**График первичного выхода на инвалидность за отчетный период.**



1. Заболевание органов кровообращения – 67 случая (69%)
2. Травмы и заболевания ОДА – 19 случаев (19,6%)
3. Онкология – 11 случаев (11,3%)

**Диаграмма первичного выхода на инвалидность**

 **по нозологии за отчетный период**



Показатель первичного выхода на инвалидность на моем участке на 1000 населения за отчетный период составляет:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| участок №5 | 2010 | 2011 | 2012 |
| 13,4 | 21,1 | 10,6 |

Первичный выход на инвалидность лиц трудоспособного возраста в 2012 году уменьшился на 22 %.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 2010 | 2011 | 2012 |
| Случаи | 8 | 9 | 7 |
| На 1000 населения | 2,8 | 3,2 | 2,5 |

Из приведенной таблицы видно, что первичный выход на инвалидность на моем участке уменьшился в 2012г.

Учитывая то, что чаще всего получают инвалидность лица с заболеванием органов кровообращения, провожу мероприятия по снижению первичного выхода на инвалидность. Стараюсь добиваться:

1. Стационарного лечения 100% длительно болеющих с использованием всех возможных лабораторных и инструментальных методов исследования с целью раннего выявления и лечения заболевания.
2. Качественного диспансерного наблюдения больных в группе ИБС, ГБ со своевременным трудоустройством по заключению КЭК и МСЭК.
3. Больше уделять внимания санитарно – просветительной работе.

**СМЕРТНОСТЬ НА УЧАСТКЕ**

За отчетный период на участке умерло 98 человек.

Из них: 55 человек- на дому, 43 человека – в стационаре.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 2010 | 2011 | 2012 |
| На дому | 17 | 20 | 18 |
| В стационаре | 10 | 14 | 19 |

Смертность на дому в 2012 году снизилась на 6 %.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  годынозология | 2010 | 2011 | 2012 | Итого |
| Заболеваемость органов кровообращения (ссз) | 6 | 8 | 7 | 21 |
| Онкология  | 4 | 4 | 5 | 13 |
| ЦВЗГМ | 9 | 12 | 13 | 34 |
| др. причины | 8 | 10 | 12 | 30 |
| Всего | 27 | 34 | 37 | 98 |

нализируя данную таблицу за 2010-2012г.г. принимая к выводу, что ведущие места причин смертности распределяются следующим образом.

1. Заболевания органов кровообращения – 55случаев (56%);
2. Другие причины (травмы, отравления, ХОБЛ) – 30 случаев (30,6%);
3. Онкология – 13 случаев (13%).

**Смертность на участке в сравнении с показателями**

**смертности по МСЧ№2 за период 2000-2002 годы.**

****Смертность на 1000 населения.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2010 г. | 2011 г. | 2012 г. |
| 9,6 | 12 | 13 |

Данные за 2012 год

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| до 30 лет | 30-55 | старше 55 лет |
| 2 | 8 | 47 |

При анализе смертности лиц трудоспособного возраста установлено:

* 2 человека умерло от заболеваний крови (лимфогранулематоз, острый лимфолейкоз),
* 1 человек – от диссеминированного туберкулеза легких,
* 2 человека - от субарахноидальных кровоизлияний ГМ,
* 3 человека - от травм.

**ИНФЕКЦИОННАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Нозология  | 2010 | 2011 | 2012 | Всего |
| ОРВИ | 340 | 404 | 386 | 1130 |
| Грипп | 11 | 14 | 9 | 34 |
| Ангина | 11 | 8 | 10 | 29 |
| Кишечные инфекции | 2 | 4 | 2 | 8 |
| Вирусный гепатит С | ─ | 1 | 1 | 2 |
| Носители НВsAg | 2 | 1 | 1 | 4 |
| Микроспория | ─ | 1 | 2 | 3 |
| Часотка | 1 | ─ | 1 | 2 |
| Краснуха  | ─ | 1 | 1 | 2 |
| Ветряная оспа  | ─ | 1 | 1 | 2 |
| Дифтерия | 1 | ─ | ─ | 1 |
| Педикулез | 2 | 2 | 3 | 7 |

Из таблицы видно, что значительная часть заболеваний - это ОРВИ.

В случае выявления ангины, обязательно берутся мазки, на ВL и два дня наблюдаем больных на дому, далее проводится лабораторное обследование (ОАК, ОАМ).

 При выявлении кишечной инфекции обследуем декретируемые контингенты, находившиеся в контакте, проводим наблюдение в очаге в течение положенного срока.

 Все лица, являющиеся носителями НВsAg и переболевшие вирусным гепатитом консультированы инфекционистом и берутся на ДУ.

 Работа по профилактике инфекционной заболеваемости ведётся по нескольким направлениям (прививочное, особо опасные инфекции, профилактика заболеваний ЖКТ) в контакте с кабинетом КИЗ поликлиники. Профилактика ВИЧ инфекции проводится согласно приказа №13 от 24.02.95г. «О предупреждении и распространении в Российской федерации заболеваний вызванных ВИЧ». На моем участке 95% населения привито АДСМ, от гриппа привито 250 человек (100 %). Ежегодно проводятся теоретические и практические занятия по особо опасным инфекциям.

**ПРОВЕДЕНИЕ СТАЦИОНАРОВ НА ДОМУ**

1. Стационар на дому проводиться участковым врачом – терапевтом и участковой медсестрой.
2. Посещения участковым терапевтом осуществляются ежедневно, кроме воскресных дней.

При этом в случае необходимости непрерывного наблюдения за больным по субботам записывается вызов для дежурного врача. Назначения выполняются дежурной медсестрой и по субботам.

1. Проведение лабораторных обследований проводится в следующем порядке:

Выезд лаборанта для забора крови проводится 1 раз в неделю;

В экстремальных случаях внеплановый выезд лаборанта осуществляется по согласованию с заведующей лабораторией, заведующей поликлиникой;

Биохимический анализ крови проводится 1 раз в неделю, при этом забор крови из вены делает участковая медсестра.

1. ЭКГ – исследование на дому проводятся в плановом порядке, в экстренных случаях по согласованию с зав. т.п.о. и зав. поликлиникой.
2. Консультации зав.тер. отделением проводятся 1 раз в неделю, в срочных случаях по согласованию с зав. т.п.о.
3. Данные наблюдения, результаты обследований отмечаются в амбулаторной карте больного, формы 0032 –У-88, дата последнего проведенного лечения в статистических талонах амбулаторного больного.
4. В первый день проведения СД старшая медсестра тер. отд. поликлиники проводит запись о поступлении больного в специальный журнал ст. на дому, в день выписки – делается запись об окончании курса лечения.
5. Отбор больных для лечения в СД проводится совместно с зав. т.п.о путем представления больного (или при невозможности этого –амбулаторной карты на основании показаний).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  По годам | 2010 | 2011 | 2012 | Итого |
| Выполнено с/д | 18 | 20 | 23 | 61 |
| Проведено койко - дней | 260 | 274 | 305 | 639 |

Проведено стационаров на дому больным со следующими заболеваниями:

1. нервной системы – 28 случаев (45,9%)
2. опорно – двигательного аппарата – 11 случаев (18,03%)
3. органов сердечно – сосудистой системы – 10 случаев (16,4%)
4. органов дыхания – 8 случаев (13,1%)
5. органов желудочно – кишечного тракта – 4 случая (6,6%)

**Диаграмма проведённых стационаров на дому**

**в процентном соотношении (по нозологиям)**



**ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА**

В участковой службе важным звеном является профилактическая работа, которая включает в себя проведение предварительных, периодических и целевых медосмотров, диспансеризацию населения, санитарно-просветительную работу.

Организация и проведение периодических медосмотров осуществляется на основании приказа Министра здравоохранения № 90 от 14.03.96 «О проведении предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров трудящихся»

Периодические осмотры проводятся в несколько этапов. Врач по гигиене труда районной СЭС совместно с представителями отдела техники безопасности и профсоюзного комитета предприятия определяют контингенты лиц, подлежащих периодическим осмотрам, на основании чего администрация составляет списки рабочих с учетом профессий, профвредности, трудового стажа. Согласно полученным спискам, каждым врачом составляется конкретный план проведения медицинского осмотра, в котором четко определяется перечень врачей узких специальностей, объем необходимых лабораторных, инструментальных методов обследования. Назначается время и дни проведения профосмотра. Этот план согласовывается с администрацией предприятия, которая издает приказ по заводу, обеспечивает своевременность и полноту явки на медосмотр рабочих и служащих.

Вопрос о пригодности к работе решается участковым врачом на основании заключений узких специалистов и лабораторно-инструментальных данных.

Все данные профосмотра фиксируются в амбулаторной карте и профмаршруте пациента. На лицевой стороне амбулаторной карты обязательно имеется отметка: с каким вредным фактором работает данный пациент. В тех случаях, когда имеются какие-то отклонения в стоянии здоровья, назначаются дополнительные обследования в амбулаторных или стационарных условиях. Если пациент по приказу № 90 не может работать с данным вредным фактором и нуждается во временном или постоянном переводе на другую работу, заполняется справка КЭК, которая направляется в отдел кадров предприятия, для решения данного вопроса. Отрывной талон о трудоустройстве вклеивается в амбулаторную карту.

Все данные проведенного профосмотра отражаются в заключительном акте медицинского осмотра, согласно приказа № 90, где указывается количество осмотренных, выявленных, взятых на диспансерный учет, динамическое наблюдение, нуждающихся в трудоустройстве, дообследовании, рекомендации участкового врача директору предприятия, председателю профкома и главному врачу. Акт составляется в нескольких экземплярах и отправляется в СЭС, на предприятие для совместного с врачом выполнения поставленных в нем вопросов.

В 2012 году я принимала участие в ежегодных профосмотрах и профосмотрах, проводимых в рамках национального проекта «Здоровье», «Дополнительная диспансеризация бюджетников и профвредников».

В 2012 было осмотрено профвредников -291человек из следующих организаций:

* ОАО «ГАЗСТРОЙДЕТАЛЬ»

Из 102 осмотренных сотрудников выявлено 45 человек со 2 группой здоровья с преобладанием диагнозов: артериальная гипертония, остеохондроз позвоночника. С 3 группой здоровья – 5 человек с преобладанием диагнозов: ИБС, артериальная гипертония 2 стадии 3 степени.

* ТулНИГП

Из 33 осмотренных сотрудников выявлено: 18 человек со 2 группой здоровья с преобладанием диагнозов: артериальная гипертония, железодефицитная анемия, с 3 группой – 4 человека (варикозное расширение вен н/к, ЖКБ )

* ОАО «Подземметалзащита» Тулаоблгаз
* Из 43 осмотренных выявлено: со 2 группой здоровья 11 человек (гипертоническая болезнь), с 3 группой – 3 человека (язвенная болезнь, ДЭП)
* ОАО Связьстрой – 7

Из 17 осмотренных сотрудников выявлено: со 2 группой – 3 человека (гипертония, ИБС), с 3 группой – 3 человека (впервые выявленные СД, артериальная гипертония)

* ЗАО АТП – 1
* Тульский ОРТПЦ.

Из 65 осмотренных сотрудников выявлено: 38 человек – 2 группа здоровья (гипертония, заболевания ЖКТ), 3 группа – 7 человек ( ИБС, впервые выявленный СД, анемии), 4 группа – 1 человек (подозрение на заболевание крови).

 Осмотры проводились по заранее составленному плану. В 2012 году по плану было необходимо осмотреть 294 человек.

Периодические медосмотры направлены на раннее выявление какой-либо патологии (осмотр на раннее выявление гипертонической болезни, глаукомы, сахарного диабета, онкопатологии, легочного и внелегочного туберкулеза и т.д.)

Согласно приказам МЗ РФ №77 от 18.06.01 «О предупреждении и распространении туберкулеза в Российской Федерации» и № 324 от 22.11.95 «О совершенствовании противотуберкулезной помощи населению» проводится большая работа с целью выявления легочных и внелегочных форм туберкулеза.

Из числа осмотренных с целью выявления больных туберкулезом.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 2010 | 2011 | 2012 |
| флюорография | план | Факт | план | факт | план | Факт |
|  | 1000 | 989 | 1500 | 1450 | 1500 | 1300 |
| %охвата от запланированного | 99 | 97 | 87 |
| Не осмотренных более 2 лет | 127 | 79 | 61 |
| % не осмотренных более 2 лет | 5,4 | 3,4 | 2,7 |
| Посев мочи на БК в тубдиспансере | 24 | 25 | 27 |
| Посев мокроты на ВК в тубдиспансере | 30 | 28 | 30 |

Анализируя эти данные, можно отметить большой процент осмотренных (98%)за 2010-2012гг. Графически это можно представить на диаграмме:



За отчетные три года выявлено 6 случаев туберкулеза легких. Все больные наблюдаются в ТОТД и получают необходимое лечение.

Проводятся целевые медосмотры с целью раннего выявления онкологических заболеваний путем проведения флюорографического осмотра, осмотра в смотровых кабинетах мужчин и женщин, непосредственно на приеме. Согласно приказу МЗ РФ № 420 от 23.12.96 «О создании специального ракового регистра» все больные с подозрением на онкологическое заболевание и выявленные онкозаболевания, направляются в онкодиспансер. Все запущенные случаи разбираются на врачебных конференциях, рассматриваются причины запущенного состояния, и разрабатываются методы их предупреждения.

Важное место в профилактической работе занимает целевой осмотр на РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ:

Задачи, которые я ставлю перед собой для диагностики и своевременной помощи пациентам на ранней стадии гипертонической болезни:

1. Повышение уровня информированности пациентов об артериальной гипертонии и возможных ее осложнениях и обострениях.
2. Обучение пациентов навыкам контроля над артериальным давлением.
3. Обучение пациентов навыкам оказания до врачебной помощи.
4. Повышение уровня информированности пациентов о не медикаментозных методах лечения и профилактики.
5. Формирование мотивации у пациентов на сотрудничество (партнерство) с лечащим врачом по выполнение его рекомендаций.
6. Обучение больных методам снижения неблагоприятного влияния на здоровье поведенческих факторов риска.

В 2012 году я прошла курсы повышения квалификации по неврологии на базе кафедры неврологии ФУВ по теме «Актуальные вопросы диагностики и лечения сосудистых заболеваний головного мозга». В этом же году мною были осмотрены в рамках профилактических осмотров больные с целью диагностики, выявления и дальнейшего направления для лечения к соответствующим специалистам по данным заболеваниям.

**САНИТАРНО – ПРОСВЕТИТЕЛЬНАЯ РАБОТА**

Большое внимание уделяю санитарно просветительной работе, которая проводится в поликлинике в стационаре, на участке: лекции, чаще беседы – коллективные, индивидуальные.

Темы лекций и бесед.

• Грипп и его профилактика.

• Желудочно – кишечные заболевания и их профилактика.

• Рациональное питание при заболеваниях желудочно – кишечного тракта.

• Гипертоническая болезнь и ее профилактика.

• рациональное питание при заболеваниях сердечно – сосудистой системы.

• Здоровый образ жизни.

• О вреде курения.

 Количество лекций: 200 год-12, 2010 год-15, 2011 год-18.

**ПЕРСПЕКТИВНЫЙ ПЛАН**

• Пройти курсы усовершенствования по терапии

• Пройти цикл специализации по кардиологии (ЭКГ)

• Продолжать осуществление на своем участке Национального проекта «Здоровье» в сфере здравоохранения

• Продолжать работу по проведению дополнительной диспансеризации работников бюджетной сферы и профвредников.

• Продолжать работу по уменьшению первичного выхода на инвалидность трудоспособного населения.

• Продолжать работу по снижению смертности на участке.

• Улучшить качество оказываемой медицинской помощи населению.