

Министерство здравоохранения Самарской области
Совет директоров медицинских и фармацевтических
профессиональных образовательных организаций
Приволжского федерального округа

ГБПОУ «Самарский медицинский колледж им. Н.Ляпиной»

Межрегиональная заочная конференция
«РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В
ИММУНОПРОФИЛАКТИКЕ»

Сборник материалов



Самара, 2026

УДК
ББК

«Роль медицинской сестры в иммунопрофилактике»: сборник материалов межрегиональной заочной конференции. – Самара: ГБПОУ «СМК им. Н.Ляпиной», 2026. – 49с.

В сборнике представлены материалы межрегиональной заочной конференции «Роль медицинской сестры в иммунопрофилактике», проходившей в заочном формате 20 февраля 2026 года.

В сборник включены материалы преподавателей курсов повышения квалификации и профессиональной переподготовки, профессиональных модулей специальностей 34.02.01 Сестринское дело, 31.02.01 Лечебное дело, студентов, обучающихся по специальностям 34.02.01 Сестринское дело, 31.02.01 Лечебное дело, слушателей курсов повышения квалификации и профессиональной переподготовки.

В материалах конференции отражена роль медицинской сестры в проведении иммунопрофилактике как детского населения, так и взрослых. Рассмотрены вопросы профилактики частных инфекций.

Сборник адресован преподавателям системы среднего профессионального образования, медицинским работникам со средним медицинским и фармацевтическим образованием, студентам.

СОДЕРЖАНИЕ

1. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ КОРИ У ДЕТЕЙ 5
Слушатель Безбородова Т.Н.
Научные руководители преподаватели Каюмова А.Н., Алтухова Т.Н.
ГБПОУ «Самарский медицинский колледж им. Н. Ляпиной»
2. ГРАМОТНАЯ КОММУНИКАЦИЯ В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ — ОСНОВА УСПЕШНОЙ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ 7
Слушатель Демяхина С.В.
Научный руководитель преподаватель Костецкая И.М.
ГБПОУ «СМК им. Н. Ляпиной»
3. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ИММУНОПРОФИЛАКТИКЕ 9
Студентки Замерлова С.В., Туголукова А.О.
Научный руководитель преподаватель Лебедева З.Н
Можгинский филиал АПОУ УР «РМК МЗ УР»
4. ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ 13
Слушатель Иванова Л.Н.
Преподаватель Трипак И.В.
ГБПОУ «СМК им. Н. Ляпиной»
5. ПРОФИЛАКТИКА ПОСТВАКЦИНАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ: РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ 16
Студентка Исакова А.О.
Научный руководитель преподаватель Юдинцева И.В.
Ирбитский филиал ГБПОУ "Свердловский областной медицинский колледж"
6. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПОДГОТОВКЕ И ПРОВЕДЕНИИ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ НАСЕЛЕНИЯ 20
Студентка Лунькова Юлия
Научный руководитель Седова Е.П.
Кузнецкий филиал ГБОУ ПО «Пензенский областной медицинский колледж»
7. РОЛЬ УЧАСТКОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ИММУНОПРОФИЛАКТИКЕ ДЕТЕЙ 23
Студентки Макарова Светлана, Меценко Валерия
Научный руководитель преподаватель Грошева А.О.
Ирбитский филиал ГБПОУ «СОМК»

8. ОСОБЕННОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОВЕДЕНИИ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ У ДЕТЕЙ. 30
Студентка Чикова Елена
Научные руководители Корнева О.В., Платонова С.Р.
ГБПОУ «Медицинский колледж №2»
9. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ПОВЫШЕНИИ ДЕТОРОЖДЕНИЯ В РАЗРЕЗЕ ПРОВЕДЕНИЯ ВАКЦИНАЦИИ ОТ ВПЧ 30
Преподаватель Андреева М.С.
ГБПОУ НО «Нижегородский медицинский колледж»
10. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ИММУНОПРОФИЛАКТИКЕ ГРИПА 33
Преподаватель Гладунова А.В.
ГБПОУ «Самарский медицинский колледж им. Н. Ляпиной»
11. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ИММУНИЗАЦИИ ДЕТЕЙ 37
Преподаватель Елисеева Н.В.
ГБПОУ «СМК им Н. Ляпиной» отдел ДПО
12. ИММУНОПРОФИЛАКТИКА БЕШЕНСТВА ПРИ УКУШЕННЫХ РАНАХ 40
Преподаватели: Локтева Т.А., Манелис Н.М.
ГБПОУ «Самарский медицинский колледж им. Н. Ляпиной»
13. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ КОКЛЮША 43
Преподаватели Трипак И.В., Гарибян Л.Р.
ГБПОУ «Самарский медицинский колледж им. Н. Ляпиной»
14. ВАКЦИНАЦИЯ - ЭФФЕКТИВНЫЙ СПОСОБ ЗАЩИТЫ ОТ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ 46
Преподаватель Шабай С.А.
ГАПОУ РБ «Бирский медико-фармацевтический колледж»

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ КОРИ У ДЕТЕЙ

*Безбородова Татьяна Николаевна
Фельдшер ФАП ГБУЗ СО Нефтегорская ЦРБ
Научные руководители преподаватели
Каюмова А.Н., Алтухова Т.Н.
г. Самара, ГБПОУ «СМК им Н. Ляпиной»*

Корь остается одной из наиболее контагиозных вирусных инфекций в мире. Несмотря на наличие эффективных вакцин, современная эпидемиологическая ситуация характеризуется периодическими вспышками.

В 2024 году в России было выявлено более 22,5 тысячи новых случаев заболевания, а показатели заболеваемости достигли исторических максимумов. Основной причиной эксперты называют снижение коллективного иммунитета, вызванное деятельностью «антивакцинального» движения. Роль медицинской сестры - как первичного звена системы здравоохранения становится критически важной. Медицинская сестра является не только исполнителем медицинских манипуляций, но и ключевым менеджером профилактического процесса, ответственного за реализацию Национального календаря прививок и санитарное просвещение населения.

Корь вызывается вирусом Morbillivirus семейства Paramyxoviridae. Инкубационный период от 7 до 14 дней, индекс контагиозности достигает 90–95%, путь передачи воздушно-капельный.

Корь не всегда протекает в лёгкой форме. У 30% заболевших развиваются осложнения, которые могут возникать как во время болезни, так и после выздоровления. Их развитие провоцирует присоединение бактериальных инфекций и (или) изменения в работе иммунной системы. К наиболее опасным осложнениям относятся коревой энцефалит, менингит, пневмония, отит, ложный круп, тромбоцитопения, подострый склерозирующий панэнцефалит. Особенно высок риск осложнений у детей до 5 лет, взрослых старше 20–30 лет, беременных женщин, людей с ослабленным иммунитетом.

Согласно рекомендациям ВОЗ, ключевой метод профилактики – это массовая иммунизация населения. Вакцинация от кори — это не только защита личного здоровья, но и вклад в общественное благополучие. Вакцинация снижает риск заражения, предотвращает развитие тяжёлых осложнений, тем самым спасает жизни и помогает поддерживать коллективный иммунитет. Однако, решение о прививке должно приниматься совместно с медицинским специалистом, так как существуют противопоказания и временные ограничения к проведению вакцинации.

Национальный календарь профилактических прививок РФ предусматривает проведение:

- ✓ вакцинации в возрасте 12 месяцев,
- ✓ ревакцинации в возрасте 6 лет.

В амбулаторно поликлинических учреждениях медсестра участкового педиатра выступает непосредственным исполнителем прививочной кампании, обеспечивая:

- ✓ учёт контингентов, подлежащих вакцинации,
- ✓ формирование списков детей по возрастным группам,
- ✓ контроль сроков плановых прививок,
- ✓ ведение учётной документации (ф. № 063/у, ф. № 112/у),
- ✓ организацию «прививочных дней» для повышения охвата иммунизацией прикрепленных групп детей,
- ✓ информирование родителей о графике проведения прививок,
- ✓ проведение санитарно-просветительных бесед с родителями.

Медицинская сестра прививочного кабинета выполняет комплекс задач,

обеспечивающих безопасность и эффективность процесса вакцинации. Она отвечает за:

- соблюдение «холодовой цепи», т.е. контроль за хранением и транспортировкой живой коревой вакцины при строго регламентированных температурах,
- проверку наличия информированного согласия родителя,
- проведение термометрии перед осмотром врача,
- проведение процедуры вакцинации с соблюдением правил асептики,
- регистрацию данных о вакцинальном препарате (номер, серия, доза) в учетных формах,
- наблюдение за состоянием пациента в течение 30 минут после вакцинации для оказания своевременной помощи при возможных аллергических реакциях.

В должностные обязанности медицинской сестры в образовательных учреждениях входит, в частности, организация и проведение «утренних фильтров» — ежедневного осмотра детей перед приёмом в группу или класс. Эта процедура направлена на активное выявление лиц с признаками инфекционных заболеваний до их контакта с другими участниками коллектива.

При проведении «утреннего фильтра» медицинская сестра выполняет следующие действия:

- ✓ опрашивает родителей о состоянии здоровья ребёнка,
- ✓ проводит визуальный осмотр,
- ✓ проводит термометрию,
- ✓ фиксирует результаты в специальный журнал.

Критерии, на которые необходимо обращать внимание во время проведения осмотра при подозрении на вспышку кори:

- ✓ повышенная температура тела,
- ✓ катаральные явления (кашель, насморк, покраснение конъюнктивы),
- ✓ сыпь.

Дети с подозрением на корь (имеющие сыпь, кашель, конъюнктивит) не допускаются в учреждение. Их изолируют до прибытия родителей или бригады скорой помощи. При этом дети должны размещаться отдельно от взрослых.

Медицинская сестра в течение 2 часов по телефону и в течение 12 часов в письменной форме (форма №058/у — экстренное извещение) должна уведомить территориальные органы Роспотребнадзора об инфекционном заболевании.

Больные подлежат изоляции в течение 7 дней, а при развитии осложнений — до 17 дней от начала заболевания.

В дошкольных и образовательных учреждениях, а также в организациях с круглосуточным пребыванием людей медсестра проводит ежедневный осмотр контактных лиц. За контактными лицами устанавливается медицинское наблюдение в течение 21 дня с момента выявления последнего случая заболевания в очаге, для раннего выявления новых случаев. Если контактные лица выбывают из организации раньше срока наблюдения (21 день), медсестра передаёт сведения о них и о контакте с больным в медицинскую организацию по месту жительства для продолжения наблюдения.

В детских образовательных учреждениях (ДОУ, школы) медсестра проводит ревизии прививочного статуса воспитанников, выявляет не привитых или имеющих медицинские отводы, координирует действия с педиатрами и эпидемиологами.

Так же проводится экстренная вакцинация контактных не привитых ранее лиц в первые 72 часа с момента выявления больного. Детям, которые не привиты против кори (не достигли прививочного возраста, имеют медицинские противопоказания или отказались от прививок), не позднее 5-го дня с момента контакта с больным вводится иммуноглобулин человека нормальный в соответствии с инструкцией.

После перенесённого заболевания ребёнок может быть допущен в учреждение только

при наличии медицинской справки с указанием диагноза, длительности заболевания и сведений об отсутствии контакта с инфекционными больными.

Одной из самых сложных и актуальных задач медицинской сестры в современном обществе является работа с родителями, сомневающимися в необходимости проведения вакцинации. В работе медицинской сестры по профилактике инфекций около 80% времени должно занимать информирование населения.

Профессиональные компетенции медицинской сестры позволяют:

- ✓ разяснять риски кори, особенно при развитии осложнений,
- ✓ развенчивать мифы об опасности вакцин, опираясь на принципы доказательной медицины,
- ✓ обучать родителей правильному уходу за ребенком в поствакцинальный период.

Актуальность работы медицинской сестры в области профилактики кори обусловлена необходимостью восстановления высокого уровня охвата населения вакцинацией (не менее 95%) для предотвращения масштабных эпидемий. От аккуратности медицинской сестры в ведении документации, грамотной организации противоэпидемических мероприятий, её навыков в технике введения препаратов и убедительности в общении с пациентами напрямую зависит биологическая безопасность населения.

Литература

1. Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.3686-21 "Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней"
2. Национальный календарь профилактических прививок РФ (Приказ Минздрава России № 1122н от 06.12.2021).
3. Покровский В. И., Брико Н. И. Эпидемиология: учебник. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020.
4. Учайкин В. Ф., Нисевич Н. И., Шамшева О. В. Инфекционные болезни у детей: учебник. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018.
5. Методические рекомендации по организации прививочной работы в лечебно-профилактических учреждениях. — М.: Минздрав России, 2022.

ГРАМОТНАЯ КОММУНИКАЦИЯ В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ — ОСНОВА УСПЕШНОЙ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ

Слушатель Демяхина С.В.

***Научный руководитель преподаватель Костецкая И.М.
г. Самара, ГБПОУ «СМК им. Н. Ляпиной» отдел ДПО***

Грамотная коммуникация в работе медицинской сестры — основа успешной иммунопрофилактики.

Иммунопрофилактика является одним из наиболее результативных способов предупреждения инфекций, но ее эффективность определяется не только наличием вакцины и соблюдением техники введения.

Решение пациента (или законного представителя ребенка) зависит от доверия, понятности информации и ощущения безопасности.

Поэтому грамотная коммуникация превращает медицинские сведения в осознанное согласие и приверженность календарю прививок.

Медицинская сестра сопровождает пациента на всех этапах вакцинации: проводит опрос и подготовку, объясняет порядок процедуры, наблюдает после введения вакцины, дает рекомендации и отвечает на вопросы. Этот контакт делает медсестру ключевым

участником профилактической работы, особенно в условиях распространения недостоверной информации и роста тревожности населения.

1. Значение коммуникации для успешной вакцинации

Коммуникация решает три основные практические задачи:

- снижает страхи и вакцинальный скепсис: пациент получает возможность задать вопросы и услышать спокойные, доказательные ответы;
- формирует доверие и партнерство: уважительный тон и отсутствие давления повышают готовность следовать рекомендациям;
- поддерживает охват вакцинацией: прививка воспринимается как «норма заботы о здоровье», уменьшается влияние слухов и отказов.

2. Коммуникативные компетенции медсестры при иммунопрофилактике

Эмпатия и безоценочность: Признание переживаний («Понимаю, что вы волнуетесь») снижает напряжение и переводит разговор в конструктивное русло.

Активное слушание: Уточняющие вопросы и резюмирование помогают понять истинную причину сомнений и дать адресный ответ.

Понятное объяснение и проверка понимания. Необходимо использовать структуру «что — зачем — как — что делать после». Прием teach-back помогает убедиться, что рекомендации поняты, «обучить в ответ». Это интерактивная методика проверки, при которой пациент своими словами пересказывает только что изученный материал, объясняет инструкции или демонстрирует действия. Это не тест, а проверка качества объяснения инструктором, помогающая избежать недопонимания. Такой процесс общения снижает риски, повышает безопасность, улучшает общение между медицинской сестрой и пациентом.

Невербальное поведение: Спокойный голос, предсказуемый алгоритм действий, аккуратность рабочего места и соблюдение асептики усиливают ощущение безопасности.

Профессионализм, информированное согласие, конфиденциальность: Важно честно обсуждать пользу и возможные реакции, не обещая «нулевых рисков», и корректно фиксировать данные в первичной медицинской документации.

Единое информационное поле с коллегами: Согласованные ответы команды, единые памятки и протоколы предотвращают противоречия и укрепляют доверие пациента.

3. Тактика беседы при сомнениях и отказах

Практически эффективна комбинация «нормализации» вакцинации и уважительного диалога. Сначала прививку целесообразно предлагать как стандартную процедуру («Сегодня по календарю положена прививка...»). Если человек сомневается, следует перейти к обсуждению его вопросов, не вступая в спор и не оказывая давления.

Короткий алгоритм разговора:

1. контакт: приветствие, представление, цель визита;
2. сбор информации: самочувствие, прошлые реакции, противопоказания, причина тревоги;
3. информирование: польза, ожидаемые реакции, правила наблюдения и поведения после прививки;

4. совместное решение: ответы на вопросы; при отказе — предложение вернуться позже и выдача памятки;
5. завершение: резюме, фиксация в документации, контакт для связи при ухудшении самочувствия.

При ссылках на «интернет-аргументы» целесообразна мягкая коррекция: признать противоречивость информации и предложить критерии надежности (официальные источники, международные организации здравоохранения, рецензируемые публикации). Короткие памятки и ссылки на проверенные ресурсы поддерживают решение после визита.

Вывод.

Грамотная коммуникация медицинской сестры является фундаментом успешной иммунопрофилактики: она повышает доверие, снижает тревогу и поддерживает приверженность календарю прививок. Системное применение эмпатии, активного слушания, понятного языка, корректного обсуждения рисков, а также согласованность действий команды и корректное документирование повышают качество сестринской помощи и способствуют росту охвата вакцинацией.

Список литературы

1. World Health Organization Regional Office for Europe. Communicating about vaccination with caregivers and patients: a communication training module for health workers. 2024. URL: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2023-8926-48692-72363>
2. European Centre for Disease Prevention and Control. Effective communication around the benefit and risk balance of vaccination in the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 2024. DOI: 10.2900/274174.
3. Gabarda A., Butterworth S.W. Using best practices to address COVID-19 vaccine hesitancy: the case for the motivational interviewing approach. Health Promotion Practice. 2021;22(5):611-615. DOI: 10.1177/15248399211016463.
4. Матвейчик Т.В., Гатальская Г.В. Медицинская сестра и пациент: эффективная коммуникация: учебно-методическое пособие. Минск: БелМАПО; 2022. 153 с. URL: <https://med.by/content/ellibsci/BELMAPO/621372.pdf>
5. Соловьева С.Л. Коммуникативная компетентность медицинской сестры. Медицинская сестра. 2023;25(2):22-27. URL: https://journals.eco-vector.com/0025-8342/article/view/321553/ru_RU

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ИММУНОПРОФИЛАКТИКЕ

*Студентки Замерлова С.В., Туголукова А.О.
Научный руководитель преподаватель Лебедева З.Н
Можгинский филиал АПОУ УР «РМК МЗ УР»*

Актуальность. Иммунопрофилактика является главной защитой против возникновения инфекционных заболеваний: «коллективный иммунитет» предотвращает эпидемии, снижает инфекционную заболеваемость и риск осложнений, экономит ресурсы на лечение, госпитализацию больных.

Федеральный закон Российской Федерации N157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» устанавливает правовые основы государственной политики в области иммунопрофилактики инфекционных болезней. В нем закреплены следующие понятия:

-иммунопрофилактика инфекционных болезней - система мероприятий, осуществляемых в целях предупреждения, ограничения, распространения и ликвидации инфекционных болезней путём проведения профилактических прививок.

-профилактические прививки - введение в организм человека медицинских иммунобиологических препаратов для создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням.

Цель работы: изучить функциональные обязанности медицинской сестры сельского участка в области иммунопрофилактики.

Задачи исследования:

1. Изучить теоретические основы иммунопрофилактики.
2. Сравнить процента вакцинации и ревакцинации в разных странах (по литературным источникам).
3. Представить обязательный календарь вакцинопрофилактики взрослых.
4. Проанализировать работу медсестёр по иммунопрофилактике в Можгинском районе.

Объект исследования: деятельность медсестры по специфической иммунопрофилактике сельского взрослого населения.

Предмет исследования: методы работы медсестры.

Методы исследования:

- общие - теоретический анализ научной и специальной литературы, обобщение и синтез полученных данных;
- эмпирические – наблюдение;
- статистические.

Кроме национального календаря прививок, в России действует календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям. В этом случае вакцинация проводится во время эпидемии, при угрозе её появления или возникновения вспышки.

У взрослых людей иммунитет к инфекциям, привитым в детстве, постепенно исчезает. Следовательно, необходима ревакцинация. Согласно метанализу European Centre for Disease Prevention and Control за 2024 год у 2,3 миллиона взрослых, своевременная ревакцинация снизила риск тяжёлых инфекционных заболеваний на 68-94%, в зависимости от типа вакцины. При этом в России только 31% взрослого населения проходит плановую вакцинацию и ревакцинацию, что ниже показателей развитых стран.

Обязательные прививки для взрослых, календарь 2025 года.

Вакцинация от коронавирусной инфекции остаётся актуальной. Бивалентные вакцины адаптированы под циркулирующие варианты вируса. Исследование Nature Medicine 2025 продемонстрировало, что ревакцинация каждые 6-12 месяцев снижает риск тяжёлого течения COVID-19 на 82% и постковидного синдрома на 64%. Женщинам важно знать, что вакцинация безопасна при беременности и в период грудного вскармливания, антитела передаются ребёнку, обеспечивая пассивную защиту в первые месяцы жизни.

Защита от заболеваний дифтерии и столбняка требует ревакцинации каждые 10 лет. Столбняк остаётся смертельно опасным заболеванием с летальностью до 17% даже при современном лечении. Исследование, опубликованное в The Lancet Infectious Disease 2025 года, показало, что уровень антител к столбняку у не привитых взрослых старше 40 лет снижается до критически низких значений в 89% случаев. Комбинированная вакцина против дифтерии, столбняка АДС-М переносится легко.

В Удмуртской республике природно-очаговыми заболеваниями являются вирусный клещевой энцефалит, геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, иксодовый клещевой боррелиоз. Также в республике активно занимаются разведением крупного рогатого скота, как на личных подворьях, так и на фермерских хозяйствах. В связи с этим для населения актуальны вакцинация и ревакцинация и против сибирской язвы, бешенства.

Вероятность данных заболеваний выше у населения сельской местности и медицинские сестры ведут активную работу с населением по разъяснению и проведению

неспецифической и специфической профилактики. Так, при анализе работы медсестёр Большекибьинской больницы и Нынекского ФАПа Можгинского района, было отмечено, что информационно – разъяснительная работа о необходимости вакцинации проводится за 2 недели до проведения вакцинации, ведётся методами устной (беседы, конференции) и печатной (памятки, буклеты) пропаганды; жители оповещаются о месте и времени, целях и необходимости иммунизации в местных средствах массовой информации; при угрозе опасного инфекционного заболевания медперсонал взаимодействует с общественными организациями - проводится подворный обход населения.

Санитарно – просветительная работа, в отношении иммунопрофилактики, проводится при любом контакте населения с медсестрой: на приёме по поводу заболевания, во время прохождения диспансеризации, профилактического медосмотра, диспансерного наблюдения, проведения лечения, реабилитации. Для доставки граждан старшего поколения в прививочный кабинет, из удалённых сел, выделяют специальный автотранспорт, закупленный по программе «Старшее поколение» нац. проекта «Демография». Списки населения, подлежащего диспансеризации, представляют руководители территориальных учреждений здравоохранения, на основании данных ежегодной переписи населения. Эта информация отражается в паспорте участка.

В Можгинской районной больнице Министерства Здравоохранения Удмуртской республики существует план вакцинации взрослого населения, по всем сельским населённым пунктам района. Представляем отчёт о проведённой вакцинопрофилактике за 2025 год по Можгинскому району.

Таблица №1

Сведения о количестве привитых в 2025 г.

| Заболевание | План вакцинации | Выполнено | | План ревакцинации | Выполнено | |
|--|-----------------|-----------------------|--------------------|-------------------|-----------------------|--------------------|
| | | Абсолютное количество | Процент выполнения | | Абсолютное количество | Процент выполнения |
| Столбняк | 80 | 78 | 97,5% | 3320 | 3320 | 100% |
| Сибирская язва | 10 | 10 | 100% | 15 | 15 | 100% |
| Бешенство | 15 | 15 | 100% | 5 | 5 | 100% |
| Клещевой энцефалит | 150 | 147 | 98% | 506 | 506 | 100% |
| Вирусный Гепатит В | 100 | 100 | 100% | - | - | - |
| Корь | 159 | 159 | 100% | - | - | - |
| Вакцина от пневмококковой инфекции 60+ с коморбидн. патол. | 1576 | 1576 | 100% | - | - | - |

Таким образом, анализ проведённых подготовительных мероприятий перед вакцинацией показал, что медсестры, при проведении пропаганды здорового образа жизни, проводят большую разъяснительную работу о важности иммунопрофилактики, неспецифической профилактики. Данный раздел работы медсестёр, а также непосредственное проведение вакцинопрофилактики - неуклонно ведут к снижению инфекционной заболеваемости.

Рассмотрим статистические данные по Удмуртской республике по вирусному

клещевому энцефалиту и боррелиозу.

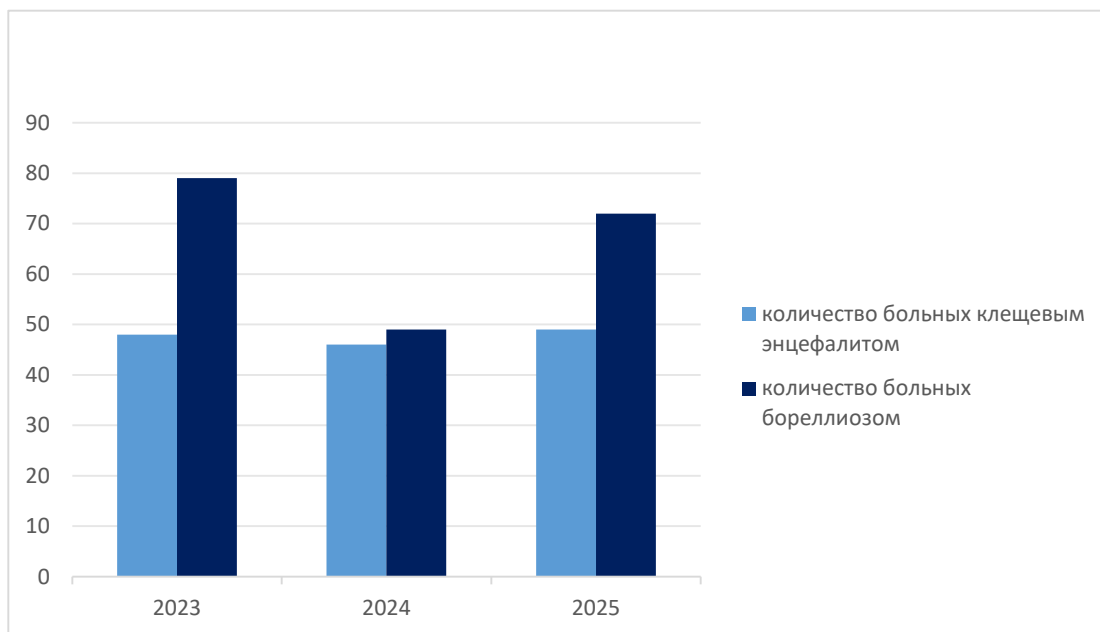


Рис.1 Абсолютное количество больных вирусным клещевым энцефалитом и боррелиозом.

Вывод: наметилась тенденция уменьшения количества больных к 2024 году, но вновь - увеличение к 2025 году, что связано, возможно с распространением заражённых клещей, недостаточным проведением деакаризации и вакцинации населения.

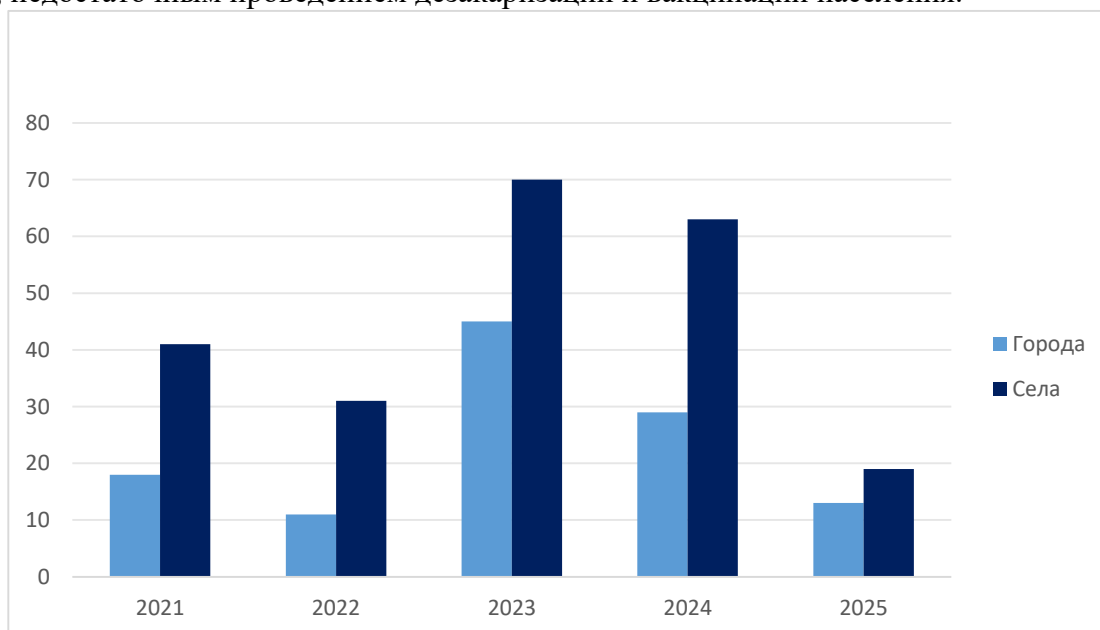


Рис.2 Заболеваемость геморрагической лихорадкой с почечным синдромом в городах и селах Удмуртии.

Вывод: в сельской местности заболеваемость выше из - за расположения их в природных очагах инфекции; наметилась положительная динамика к её снижению.

Итак, медсестре любого структурного подразделения медицинской организации отводится ключевая роль в санитарно-просветительной деятельности, в организации иммунопрофилактики населению. Сельское население наиболее подвержено контакту с переносчиками инфекций, поэтому роль медсестёр сельских медицинских организаций приобретает ещё большее значение в медико - профилактической помощи населению.

Список литературы:

1. Федеральный закон от 17.09.98 N157 «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» в редакции от 25.12.2023г.
2. Двойников, С.И. Проведение профилактических мероприятий: учебное пособие / С.И. Двойников, Ю.А. Тарасова, И.А. Фомушкина, Э.О. Костюкова; под ред. С.И. Двойникова. – 2-е изд. перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР – Медиа, 2022. – 480 с.
3. Салалыкина Е. В., Алексеева Л.Н. Роль среднего медицинского персонала в организации и проведении вакцинопрофилактики // Международный журнал экспериментального образования. 2015. N11-6/С/945-947.
4. URL: <https://expeducation.ru/article/view?Id=9532>(дата обращения: 13.02.2026)
5. Id=9532(дата обращения: 13.02.2026)

ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ

*Слушатель Иванова Л.Н.
Преподаватель Трипак И.В.
г. Самара, ГБПОУ «СМК им. Н. Ляпиной»*

Иммунопрофилактика – использование иммунологических закономерностей для создания искусственного приобретенного иммунитета (активного или пассивного), т.е. метод индивидуальной или массовой защиты населения от инфекционных заболеваний.

Иммунопрофилактика бывает:

1. специфическая – против конкретного возбудителя:
 - активная – создание иммунитета путем введения вакцин;
 - пассивная – создание иммунитета путем введения сывороточных препаратов и иммуноглобулинов;
2. неспецифическая – активация иммунной системы организма в целом.

Термины вакцинация и иммунизация часто используют не по назначению, заменяя один термин другим. Вакцинация направлена на формирование защитного иммунного ответа путем введения вакцины, тогда как иммунизация является более общим понятием, к которому относятся активные и пассивные меры, направленные на иммунную защиту организма.

Активная иммунизация определяется как индукция иммунного ответа введение специфического антигена, а пассивная иммунизация предполагает введение экзогенных иммунологически активных веществ (специфических антител, присутствующих в сыворотке, которая получена от иммунизированных людей или животных) с целью формирования временной защиты от инфекционного патогена или токсина.

Основной принцип вакцинации – введение пациенту ослабленного или убитого болезнетворного агента (или искусственно синтезированного белка, который идентичен белку агента) для стимуляции продукции антител в борьбе с возбудителем заболевания.

Чем больше людей имеют иммунитет к той или иной болезни, тем меньше вероятность у остальных (неиммунизированных) заболеть, т.е. вероятность возникновения эпидемии. Например, если только один ребенок не вакцинирован, а все остальные получили прививку, то не вакцинированный ребенок хорошо защищен от болезни (ему не от кого заразиться).

Вакцинация бывает, как однократной (против кори, паротита, туберкулеза), так и многократной (против полиомиелита, дифтерии, столбняка). Кратность говорит о том, сколько раз необходимо получить вакцину для образования иммунитета.

Ревакцинация – мероприятие, направленное на поддержание иммунитета, выработанного предыдущими вакцинациями. Обычно проводится через несколько лет после вакцинации.

Помимо плановой и экстренной вакцинации существует еще «туровая» вакцинация. План туровой вакцинации («catch-up») включает одномоментную начальную вакцинацию, проводимую для быстрого прерывания цепи передачи инфекции. Такие профилактические кампании обычно проводятся в короткие сроки по следующему принципу. Все дети вне

зависимости от предыдущих вакцинаций или перенесенного заболевания подвергаются вакцинации в сроки от 1 недели до 1 месяца. Эпидемиологическая суть туровой вакцинации – допривить неохваченные вакцинацией группы населения. Туровую иммунизацию проводят обычно при угрозе распространения какой-либо инфекции, когда охват населения Вакцинацией небольшой, а у большинства привитых отсутствует документальное подтверждение вакцинации.

Поствакцинальный иммунитет – иммунитет, который развивается после введения вакцины. На развитие поствакцинального иммунитета влияют факторы, зависящие от:

1. самой вакцины (чистота препарата, время жизни антигена, доза, кратность введения)
2. организма (состояние индивидуальной иммунной реактивности, возраст, наличие иммунодефицита, состояние организма в целом)
3. внешней среды (питание, условия труда и быта, климат, физико-химические факторы среды).

Согласно формуле, выведенной ВОЗ, предотвратить эпидемию инфекционного заболевания можно лишь в том случае, если вакцинацией будет охвачено не менее 90% населения и не менее 95% провакцинированных сформируют протективный иммунитет после иммунопрофилактического вмешательства.

22 сентября 1998 года вступил в силу Федеральный закон «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» от 17.09.1998 № 157-ФЗ, который установил правовые основы государственной политики в области иммунопрофилактики инфекционных заболеваний, осуществляемой в целях охраны здоровья и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения РФ. В соответствии с законом, у граждан есть право выбор вакцины и медицинской организации (государственной, муниципальной, коммерческой), где будет сделана прививка. В законе определены права и обязанности граждан при осуществлении иммунопрофилактики.

Федеральный закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» от 30.03.1999 № 52-ФЗ определил обязательные профилактические прививки для граждан России: против туберкулеза, полиомиелита, дифтерии, столбняка, коклюша, кори. Прививки против этих инфекции являются плановыми и проводятся в рамках календаря иммунопрофилактики.

Помимо этого, правовую основу иммунопрофилактики в России составляют многочисленные подзаконные акты:

1. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 6 декабря 2021 года № 1122н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок»
2. Санитарные правила и нормы СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней»
3. Методические указания 3.3.1889-04 «Порядок проведения профилактических прививок»
4. Методические указания 3.3.1891-04 «Организация работы прививочного кабинета детской поликлиники, кабинета иммунопрофилактики и прививочных бригад»
5. Методические указания 3.3.1879-04. «Расследование поствакцинальных осложнений. Методические указания»
6. Методические указания 3.3.1.1095-02 «Медицинские противопоказания к проведению профилактических прививок препаратами национального календаря прививок».

Статьи Федерального закона «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» от 17.09.1998 № 157-ФЗ отражают медицинские, социальные и этические аспекты вакцинопрофилактики. Предусмотрена бесплатная иммунизация вакцинами, включенными в национальный календарь прививок. В Законе указано, что прививки проводят на добровольной основе с согласия родителей. Возможен и отказ от вакцинации, который оформляется письменно.

Медицинские работники обязаны проинформировать родителей об инфекции, против

которой проводят вакцинацию, ее осложнениях, о том, что непроведение прививки нарушает право ребенка на жизнь и здоровье, провозглашенное Венской Декларацией (1993г.) и Всемирной медицинской ассоциацией (1998 г.). Кроме того, у граждан в области иммунопрофилактики, помимо прав, существуют обязанности. Так, например, п.3 ст.5 закона «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» обязывает граждан при применении прививок выполнять предписания медицинских работников, а также в письменной форме подтверждать отказ от профилактических прививок. Необходимо учитывать, что отсутствие у граждан профилактических прививок по причине отказа или в силу иных обстоятельств влечет следующие последствия:

- запрет для граждан на выезд в страны, пребывание в которых в соответствии с международными медико-санитарными правилами либо международными договорами Российской Федерации требует конкретных профилактических прививок;
- временный отказ в приеме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий;
- отказ в приеме граждан на работы или отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями (данный перечень утвержден Постановлением Правительства РФ от 15.07.1999 №825).

В Федеральном законе «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» от 17.09.1998 № 157-ФЗ предусмотрена социальная защита граждан в случаях тяжелых поствакцинальных осложнений, что подтверждено последующим Постановлением Правительства РФ № 1013 от 27.12.2000г.

Основной причиной отказа от вакцинопрофилактики является недостаточная информированность населения о прививках и их преимуществах. Как не странно, именно эффективность иммунизации приводит к возникновению антивакцинального движения. Дело в том, что при эффективной вакцинации случаи возникновения заболеваний, для предупреждения которых она проводится, становятся все более редкими, снижается циркуляция возбудителей. При этом на первое место выходят случаи поствакцинальных реакций и осложнений, неизбежные при любых медицинских манипуляциях, что и дает повод для антивакцинального движения. Поствакцинальные реакции гораздо менее опасны, чем последствия заболеваний, от которых защищает вакцина. Величайший успех, который нельзя увидеть, – это все люди, не страдающие и не умирающие от вакцино-контролируемых заболеваний. Необходимо отметить, что сторонники антивакцинальной политики – сильные соперники официальной медицины. Недостаточная информированность населения приводит к тому, что родители не понимают смысла вакцинации здоровых детей. Еще одна причина отказа о вакцинации заключается в том, что родственники ребенка считают, что заболевания, предотвращаемые вакцинами, практически уничтожены, так что нет необходимости прививать ребенка.

Литература

1. Федеральный закон от 17.09.1998 №157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» (Принят Государственной Думой 17 июля 1998 года, одобрен Советом Федерации 4 сентября 1998 года).
2. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28 января 2021 г. № 4 "Об утверждении санитарных правил и норм СанПиН 3.3686 – 21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней».
3. Приказ Минздрава РФ от 6.12.2021 № 1122Н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок» (Зарегистрировано в Минюсте России 20.12.2021 № 66435)

ПРОФИЛАКТИКА ПОСТВАКЦИНАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ: РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

Студентка Исакова А.О.

Научный руководитель преподаватель Юдинцева И.В.

г. Ирбит, Ирбитский филиал

ГБПОУ "Свердловский областной медицинский колледж"

Иммунопрофилактика признана Всемирной организацией здравоохранения стратегической инвестицией в здоровье нации. Благодаря вакцинации ежегодно удается предотвратить от 2 до 3 миллионов смертей от дифтерии, столбняка, коклюша и кори. Однако в последние десятилетия мир столкнулся с феноменом «вакцинального скептицизма». По данным ВЦИОМ за 2024 год, 22% россиян в той или иной степени не доверяют вакцинам, и главным аргументом респондентов является **страх перед поствакцинальными осложнениями**.

Парадокс заключается в том, что частота истинных поствакцинальных осложнений (ПВО) ничтожно мала (1 на 100 000 – 1 000 000 доз), тогда как частота местных поствакцинальных реакций (нормальный иммунный ответ) достигает 15–20%. Смешение понятий «реакция» и «осложнение» в сознании пациентов формирует устойчивый негативный фон.

Ключевая проблема: именно медицинская сестра является тем специалистом, который видит пациента до, во время и после вакцинации. От её квалификации, коммуникативных навыков и строгого соблюдения алгоритмов зависит не только здоровье конкретного пациента, но и эпидемиологическое благополучие населения в целом.

Цель исследования:

Научно обосновать и систематизировать алгоритм действий медицинской сестры на всех этапах вакцинации с позиции первичной и вторичной профилактики поствакцинальных осложнений.

Задачи:

1. Провести анализ нормативно-правовой базы, регламентирующей деятельность медсестры прививочного кабинета.
2. Выявить типичные дефекты сестринской практики, приводящие к развитию ПВО.
3. Разработать практические рекомендации (чек-листы, памятки) для повышения качества сестринской помощи.

Основная часть. Роль медицинской сестры на этапах вакцинации

1. Довакцинальный этап: формирование безопасного маршрута

Профилактика осложнений начинается не в процедурном кабинете, а в момент приглашения пациента на прививку.

1.1. Скрининг состояния здоровья.

Медицинская сестра проводит активное интервьюирование. Согласно СП 3.3.2367-08 «Организация иммунопрофилактики инфекционных болезней», опрос должен включать **6 обязательных блоков:**

- Наличие лихорадки, симптомов ОРВИ за последние 3 дня;
- Контакт с инфекционными больными;
- Аллергологический анамнез (пищевая, лекарственная аллергия, анафилаксия в анамнезе);
- Хронические заболевания в стадии обострения;
- Реакции на предыдущие введения вакцин (гиперемия > 8 см, фебрильные судороги, коллаптоидные состояния);
- У женщин дополнительно: беременность или её планирование.

Клинический пример: в 2023 году в Свердловской области зафиксирован случай развития анафилактического шока у ребенка 4 лет. Постфактум выяснилось, что мать на вопрос «Есть ли аллергия?» ответила «Нет», имея в виду отсутствие поллиноза. Аллергия на яичный белок (противопоказание для вакцин, культивируемых на куриных эмбрионах) не была выявлена. **Роль медсестры:** задавать уточняющие вопросы: «Была ли крапивница на яйца, отек губ?»».

1.2. Термометрия.

Обязательное условие. Проводится непосредственно перед инъекцией. Гипертермия неясного генеза — абсолютный медицинский отвод. Медсестра не имеет права «надеяться на авось» или проводить вакцинацию под прикрытием жаропонижающих с профилактической целью (данная практика является порочной и небезопасной).

1.3. Информационная работа и информированное добровольное согласие (ИДС).

Медсестра разъясняет пациенту/родителям:

- Название вакцины и от какой инфекции она защищает;
- Какие **нормальные поствакцинальные реакции** ожидаемы (температура до 38,5°C, отек, гиперемия, беспокойство);
- Четкие критерии, когда необходимо обратиться к врачу (температура выше 39°C, судороги, крик, потеря сознания, обширный отек).

Проблемное поле: Исследование, проведенное на базе детской поликлиники №8 г. Казани (n=100 матерей), показало: 67% матерей считают температуру 38°C после АКДС «осложнением» и дают ребенку жаропонижающее уже при 37,5°C, чем снижают иммунный ответ. **Вывод:** Медсестра должна не просто выдать памятку, а убедиться, что информация понята верно.

2. Этап вакцинации: технология безопасности

На этом этапе медсестра реализует свои ключевые компетенции. Ошибки здесь наиболее опасны и наглядны для пациента.

2.1. Соблюдение «Холодовой цепи».

Медсестра ежедневно (2 раза в день) фиксирует температуру в холодильнике в журнале формы 001/у.

- **Нарушение:** Хранение вакцин на дверце холодильника (температура нестабильна) — недопустимо.
- **Нарушение:** Использование вакцины с истекшим сроком годности или визуальными изменениями (изменение цвета, хлопья).
- **Роль медсестры:** При получении вакцины проверять «холодовой индикатор». Если индикатор сработал (изменил цвет) — вакцина подлежит списанию, даже если визуально выглядит нормально.

2.2. Анатомически правильный выбор места инъекции.

Национальный календарь прививок и клинические рекомендации однозначны:

| Возраст | Вакцина | Рекомендуемое место | Запрещенное место | Причина |
|----------|----------------|---------------------------------------|-------------------|---|
| До 2 лет | АКДС, ИПВ, ПКВ | Передне-латеральная поверхность бедра | Ягодица | Риск повреждения седалищного нерва, низкая абсорбция (жировая ткань), риск абсцесса |
| Старше 2 | АКДС-М, | Дельтовидная | Ягодица, | Меньшая |

| Возраст | Вакцина | Рекомендуемое место | Запрещенное место | Причина |
|---------------|------------------------|---------------------|-----------------------|--------------------------------------|
| лет, взрослые | АДС-М, Грипп, COVID-19 | мышца (плечо) | подлопаточная область | болезненность, лучший иммунный ответ |

Клинический пример: «Холодный абсцесс» правой ягодицы у ребенка 6 месяцев после введения АКДС в 2000-х годах. В 2020-х годах такая локализация является **грубой врачебной/сестринской ошибкой**. Медсестра обязана отказаться выполнять инъекцию в ягодицу, даже если на этом настаивает врач или родители.

2.3. Асептика и антисептика.

Постинъекционные абсцессы — 100% предотвратимые осложнения. Медсестра обязана:

- Обрабатывать кожу пациента стерильным шариком, смоченным кожным антисептиком.
- Дождаться полного высыхания антисептика (введение вакцины во влажную кожу усиливает болезненность и риск инфицирования).
- Использовать только стерильные инструменты (шприц, игла).
- Утилизировать шприц в непрокальваемый контейнер класса Б сразу после инъекции, **не закрывая иглу колпачком**.

2.4. Готовность к неотложным состояниям.

Согласно СанПиН 3.3686-21, в прививочном кабинете **всегда** должна находиться готовая к использованию противошоковая укладка.

Роль медсестры:

- Ежедневно проверять сроки годности препаратов (адреналин, преднизолон, супрастин).
- Знать, где находятся жгуты, воздуховоды, амбу-мешок.
- Уметь развести адреналин (1:1000 или 1:10 000) и набрать дозу в шприц за 30 секунд.
- **Не ждать врача для начала оказания помощи** при анафилаксии. Действовать по алгоритму: прекратить введение вакцины, уложить пациента, приподнять ноги, холод на место инъекции, обколоть место инъекции адреналином, ввести адреналин внутримышечно, вызвать реанимацию.

3. Поствакцинальный этап: наблюдение и раннее выявление

3.1. 30-минутное наблюдение.

Медсестра обязана предупредить пациента: «Пожалуйста, не покидайте поликлинику в течение 30 минут». Именно в этом интервале развиваются анафилактический шок и коллаптоидные реакции. Пациент должен находиться в зоне видимости медперсонала.

3.2. Патронаж (активное посещение на дому).

После вакцинации детей первого года жизни медсестра осуществляет патронаж на 2-3 сутки. **Цели:**

- Оценка состояния ребенка (температура, поведение, место инъекции);
- Коррекция ухода (рекомендации по питанию, питьевому режиму);
- Выявление скрытых осложнений (обширный инфильтрат, нагноение).

3.3. Обучение пациента/родителей.

Медсестра формулирует рекомендации простым и понятным языком:

| Что нужно делать | Чего делать НЕЛЬЗЯ |
|---------------------------|--------------------------------------|
| Давать жаропонижающее при | Греть место укола, ставить компрессы |

| Что нужно делать | Чего делать НЕЛЬЗЯ |
|---|---|
| T>38,5°C | |
| Поить ребенка водой чаще обычного | Вводить новый прикорм за 3 дня до и 3 дня после |
| Обеспечить покой, не водить в людные места | Купать в первый день (место инъекции можно мочить, но не тереть мочалкой) |
| Гулять на свежем воздухе (при отсутствии температуры) | Давать антигистаминные препараты «профилактически» (супрастин, зиртек) — они не предотвращают аллергию, а смазывают картину |

4. Этап регистрации и расследования ПВО

Согласно ст. 17 ФЗ-157 «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней», все случаи поствакцинальных осложнений подлежат государственному учету.

Алгоритм действий медсестры при подозрении на ПВО:

1. Немедленно информировать врача и заведующую отделением.
2. Не выбрасывать вакцину, флакон/ампулу сохранить (потребуется для экспертизы Роспотребнадзора).
3. Заполнить экстренное извещение (форма 058/у) и направить в ЦГСЭН в течение 12 часов.
4. Сделать запись в карте развития ребенка (форма 112/у) и прививочном сертификате.

Важно: Соккрытие случая ПВО является должностным преступлением. Искажение статистики не позволяет выявить партию некачественной вакцины и подвергает риску тысячи других пациентов.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

База: ГАУЗ СО «Ирбитская ЦГБ», прививочные кабинеты.

Методы: Анкетирование 15 медсестер, анализ 50 амбулаторных карт детей до 2 лет.

Выявленные дефекты:

1. **40% медсестер** не используют активный опрос, ограничиваясь фразой «Жалобы есть?». В 12% карт отсутствовала отметка о термометрии перед прививкой.
2. **60% медсестер** путают дозировку адреналина при анафилаксии или не знают, где лежит противошоковая укладка (при проверке).
3. **25%** признались, что иногда хранят вакцину на дверце холодильника «для удобства».
4. **80%** не проводят патронаж после вакцинации детей 2-го года жизни (только до 1 года), что является нарушением Порядка оказания педиатрической помощи.

Внедрение авторского чек-листа «12 шагов безопасности вакцинации» в течение 6 месяцев позволило:

- Снизить частоту выраженных местных реакций (инфильтрат > 5 см) на 18%;
- Повысить выявляемость ложных противопоказаний (медсестры стали чаще советоваться с врачом, а не отводить самостоятельно);
- Улучшить документальное оформление процедуры.

Выводы

- Медицинская сестра в системе иммунопрофилактики перестала быть исключительно исполнителем врачебных назначений. Сегодня она выполняет функции **менеджера** (планирование прививок), **педагога** (обучение пациентов), **диагноста** (скрининг состояний) и **специалиста по безопасности** (контроль холодовой цепи, асептики, неотложной помощи).

- Большинство предотвратимых поствакцинальных осложнений связано не с качеством вакцин, а с нарушением техники введения, хранения и недостаточной коммуникацией. Триада безопасности медсестры: **«Правильное место — Правильная температура — Правильный уход»**.
- Профессиональный стандарт требует от медицинской сестры прививочного кабинета не только мануальных навыков, но и глубоких знаний анатомии, фармакологии и инфекционной безопасности.
- Необходимо внедрение регулярных (ежеквартальных) тренингов по оказанию неотложной помощи в прививочном кабинете с обязательной отработкой навыков на симуляторах.

Практические рекомендации

1. **Для руководителей сестринских служб:** ввести в программу внутреннего контроля качества «Аудит прививочного кабинета» по чек-листу, включающему 20 пунктов проверки.
2. **Для медицинских колледжей:** увеличить количество часов симуляционного обучения по теме «Техника внутримышечных инъекций детям раннего возраста».
3. **Для практикующих медсестер:** использовать в работе алгоритм «5 вопросов пациенту перед прививкой» и памятку «Что делать после прививки».

Список литературы

1. Федеральный закон от 17.09.1998 № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней».
2. СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней».
3. Методические рекомендации МЗ РФ «Порядок проведения профилактических прививок», 2023.
4. Таточенко В.К., Озерецковский Н.А. Иммунопрофилактика-2024: справочник для врачей. – М.: Боргес, 2024.
5. Брико Н.И., Фельдблюм И.В. Вакцинопрофилактика: руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПОДГОТОВКЕ И ПРОВЕДЕНИИ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ НАСЕЛЕНИЯ

*Студентка Лунькова Юлия
Научный руководитель Седова Е.П.
г. Кузнецк, Кузнецкий филиал*

ГБОУ ПО «Пензенский областной медицинский колледж»

Человечество стало вакцинозависимым.

В настоящее время вакцинация является одним из ведущих методов профилактики инфекционных заболеваний.

Обоснованные противопоказания для проведения вакцинопрофилактики редки, риск развития тяжелой реакции на введение современной вакцины ничтожно мал и не идет ни в какое сравнение с последствиями естественной встречи с возбудителями инфекционной болезни.

Иммунизация, несомненно, является одной из наиболее эффективных и экономически целесообразных мер медицинского вмешательства, существующих в настоящее время.

Ежегодно иммунизация спасает миллионы жизней, предотвращая случаи смертности и инвалидности, связанные с инфекционными заболеваниями, хотя затраты на нее намного

ниже, чем стоимость лечения.

Оптимизация деятельности сестринского персонала и эффективное использование его профессионального потенциала может оказать существенное влияние на эффективность организации вакцинопрофилактики.

Для успешной организации, проведения вакцинопрофилактики и достижения высокой эпидемиологической эффективности управления эпидемическим процессом требуются глубокие знания и умения медицинской сестры по данному направлению.

Медицинская сестра должна иметь представление о видах иммунопрофилактики. (Прививки, проводимые по эпидемическим показаниям, подразделяются на плановые и экстренные).

Знать способы введения вакцин. (Бактериальные и вирусные вакцины могут быть живыми и инактивированными, а так же возможно комбинированное применение вакцин, но иммунный ответ на них может меняться).

Для каждой вакцины предназначены свои условия хранения, температурный режим, сроки хранения. Условия хранения и использования приведены в инструкции изготовителя, прилагаемой к каждой вакцине. При неправильном хранении вакцины могут вызывать осложнения при ее применении. Чаще всего это местные реакции, изредка они бывают выраженными. Системные реакции проявляются лихорадкой, артралгией, артритом, сыпью и артериальной гипотонией.

Медицинской сестре необходимо знать противопоказаниями к иммунопрофилактике: высокая лихорадка, иммунодефициты, лечение кортикостероидами, антимагнетитами, цитостатиками, антилимфоцитарным иммуноглобулином; проведение лучевой терапии; беременность; гемобластозы; аллергическая реакция на вакцину в анамнезе.

Медицинской сестре необходимо соблюдать меры предосторожности при введении вакцин, обязательно уточнять назначались ли иммунные сыворотки раньше, и не было ли на них реакций. Проводить пунктационную пробу, при системных реакциях на иммунные сыворотки в анамнезе или положительных кожных пробах показана десенсибилизация.

Профилактические прививки проводят медицинские сестры, обученные правилам организации и технике проведения прививок, а также приемам неотложной помощи в случае возникновения поствакцинальных осложнений.

В обязанности медицинской сестры входит перед проведением прививки: проверить наличие заключения врача о допуске к прививке; сверить наименование препарата на ампуле с назначением врача, проверить маркировку, срок годности медицинских иммунобиологических препаратов, целостность ампулы; визуально оценить качество препарата.

Вскрытие ампул, растворение лиофилизированных вакцин осуществляют в соответствии с инструкцией при строгом соблюдении правил асептики и холодной цепи.

В случае одновременного проведения нескольких прививок каждую вакцину вводят отдельным шприцем в разные участки тела.

Положение пациента лежа или сидя во избежание падения при обморочном состоянии.

За пациентом, получившим профилактическую прививку, медицинская сестра устанавливается медицинское наблюдение в течение срока, определенного инструкцией по применению препарата.

После проведения прививки делает запись о проведенной прививке во всех формах учета с указанием необходимых сведений.

Информирует пациентов о сделанной прививке, возможных реакциях на прививку, необходимости обращения за медицинской помощью при сильных и необычных реакциях, предупреждает о необходимости пребывания около прививочного кабинета в течение 30 минут и наблюдают в это время за привитым пациентом. Если реакции не было, то делают запись в журнале «Реакции нет».

В период подготовки выпускной квалификационной работы проведено аналитическое изучение профессиональной деятельности медицинской сестры прививочных и процедурных кабинетов ГБУЗ «Кузнецкая детская ЦРБ» по подготовке и проведению иммунопрофилактики

населения.

Анализ статистических данных по вакцинации детского населения города Кузнецка по данным ГБУЗ «Кузнецкая детская ЦРБ» за период 2023-2025 годы показал, что средний показатель вакцинации против дифтерии к 12 месяцам жизни составил 98,8% детей, охват первой ревакцинацией к 24 месяцам за три рассматриваемых года составил 99,1%.

Профилактические прививки против коклюша к 12 месяцам за рассматриваемый период получили 98,8%, ревакцинацию к 24 месяцам 125,7%.

Вакцинация против полиомиелита к 12 месяцам завершена за рассматриваемый период у 99,7%, 2-я ревакцинация против полиомиелита завершена к 24 мес. у 100,7%.

Вакцинация против вирусного гепатита В к 12 месяцам проведена у 99,0% детей.

К 12 месяцам получили прививку против пневмококковой инфекции 97,8% детей, ревакцинация против пневмококковой инфекции сделана 97,0% детей.

К 24 месяцам завершена вакцинация против кори, краснухи и эпидпаротита у 99,5%.

По Кузнецкому району за рассматриваемый период средний показатель вакцинации против дифтерии к 12 месяцам жизни составил 97,9% детей, охват первой ревакцинацией к 24 месяцам составил 98,6%. Против коклюша к 12 месяцам - 98,5%, ревакцинацию к 24 месяцам получили 122,6%.

Вакцинация против полиомиелита к 12 месяцам завершена у 99,4%, 2-я ревакцинация против полиомиелита к 24 месяцам у 99,4% детей.

Вакцинация против вирусного гепатита - В к 12 месяцев составила 99,8%, против пневмококковой инфекции к 12 мес. - 95,6%, ревакцинация против пневмококковой инфекции - 99,6%. К 24 месяцам завершена вакцинация против кори, краснухи и эпидпаротита у 99,4% детей.

Из проведенного анкетирования медицинских сестер прививочных и процедурных кабинетов можно сделать следующие выводы:

У большей половины опрошенных медицинских сестер стаж работы в прививочном или процедурном кабинете составляет 6 лет и больше.

Только у 4 опрошенных медицинских сестер нет квалификационной категории.

96% опрошенных медицинских сестер информируют пациентов о сделанной прививке и возможных реакциях на прививку.

98% опрошенных медицинских сестер ответили, что знакомы с противопоказаниями к проведению вакцинации, одна медицинская сестра дала отрицательный ответ.

Все 100% опрошенных медицинских сестер ответили, что соблюдают санитарно - эпидемические нормы, работая в прививочном кабинете.

На вопрос по поводу оповещения населения о предстоящей вакцинации, опрошенные медицинские сестры 100% ответили, что данную функцию они выполняют совместно с участковыми медицинскими сестрами.

56% опрошенных медицинских сестер отметили, что они проводят санитарно - просветительскую работу среди населения по популяризации иммунопрофилактики, а 44% опрошенных ответили, что этим занимаются участковые медицинские сестры, с которыми они работают в тесном сотрудничестве по данному направлению.

Все опрошенные медицинских сестры владеют приемами оказания неотложной помощи в случае возникновения поствакцинальных осложнений.

12 опрошенным медицинским сестрам приходилось оказывать срочную медицинскую помощь в результате развития немедленных реакций на прививку.

Все опрошенные медицинские сестры делают запись о проведенной прививке во всех формах учета.

Таким образом, роль медицинской сестры при подготовке и проведении иммунопрофилактики населения заключается в оповещении лиц, подлежащих вакцинации, соблюдении санитарно-эпидемических требований непосредственно при проведении иммунизации и проведении санитарно - просветительской работы по популяризации иммунопрофилактики.

Список литературы:

1. Федеральный закон «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» от 17.09.1998 г №157.- 2019
2. Приказ МЗ РФ от 27.06.2001 № 229 «О Национальном календаре профилактических прививок по эпидемическим показаниям». - 2001.
3. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 03.11.2021 г. № 25 «О дополнительной иммунизации населения РФ». - 2005.
4. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 29.09.2005 г. № 55 «Об иммунизации населения РФ в рамках приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения".- 2005
5. Добромыслова О., Прививай, но проверяй. // Российская газета.- 2022 . - № 42.- С.15
6. Жихарева Н.С. Современные принципы вакцинации против краснухи в России. // Лечащий врач. - 2020. - № 9.-235 с.
7. Инфекционные болезни у детей: Учебник для педиатрических факультетов медицинских вузов / Под.ред. проф. В.Н. Тимченко и проф. Л.В. Быстрыковой. - СПб.: СпецЛит, 2019. - 560 с.
8. Костинов М.П. Новое в клинике, диагностике и вакцинопрофилактике управляемых инфекций: Учебно - методическое пособие. - М.: Медицина, 2020. - 213 с.
9. Степанов А.А. Активная профилактика кори, эпидемиологического паротита и краснухи. // Лечащий врач. - 2023. - № 9. - С 95.
10. Таточенко В.К. Вакцинация детей в дополнение к календарю иммунопрофилактики. // Лечащий врач. - 2022. - № 8. - С 12-15.
11. Федоров А.М. Современный календарь профилактических прививок и пути его совершенствования. // Лечащий врач. - 2021. - 54.
12. Чистенко Г.Н. "Иммунопрофилактика инфекционных болезней": Учебное пособие для медицинских вузов.- М.: Новое издание, 2023, - 159 с.

РОЛЬ УЧАСТКОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ИММУНОПРОФИЛАКТИКЕ ДЕТЕЙ

*Студентки Макарова Светлана, Мещенко Валерия
научный руководитель преподаватель Грошева А.О.
г. Ирбит, Ирбитский филиал ГБПОУ «СОМК»*

Иммунопрофилактика (вакцинопрофилактика) — это комплекс мероприятий, направленных на предупреждение, ограничение распространения и ликвидацию инфекционных болезней путём проведения профилактических прививок. Цель — создать или усилить искусственный иммунитет с помощью вакцин.

Иммунопрофилактика — это важный аспект здравоохранения, который способствует снижению заболеваемости и смертности от инфекционных болезней. В этом процессе медицинские сестры играют ключевую роль, обеспечивая не только выполнение прививок, но и активное участие в образовательных инициативах. [1]

Участковая медицинская сестра поликлиники является основным помощником участкового педиатра, направляющим работу целого лечебного и оздоровительного комплекса курируемых на участке пациентов. Участковая медицинская сестра должна быть надежным, квалифицированным медицинским работником и помогать врачу решать главные задачи участковой службы - растить здоровых детей на своем участке.

Деятельность медицинской сестры включает множество аспектов, которые требуют знаний возрастной физиологии и патологии ребенка, основ профилактики заболеваний, организаторских умений. При совершенствовании системы организации медицинской помощи детям требуется расширение функций медицинской сестры.

Деятельность медицинской сестры регламентируется «Положением об участковой медицинской сестре». Медицинская сестра осуществляет свою деятельность под руководством участкового врача-педиатра. [2]

В работе участковой медицинской сестры выделяют несколько крупных разделов:

1. Профилактическая работа: направлена на предупреждение возможных заболеваний, повреждений, а также своевременное выявление врожденных и приобретенных патологических состояний. Основной формой профилактической работы является патронаж.

2. Лечебная работа: заключается в непосредственном выполнении назначений участкового врача, а также в вызове на прием к врачу детей диспансерной группы в соответствии с картотекой, основанной на ведении учетной формы № 030/у. Медицинская сестра вместе с участковым педиатром ведет ежедневный поликлинический прием и выполняет назначения врача. Она должна быть хорошо знакома с историей развития ребенка, статистическим талоном (учетная форма № 256/у). У нее должен быть список детей участка от 0 до 18 лет.

3. Санитарно-просветительную работу включает:

- Мотивационное консультирование: Разъяснение пользы вакцинации и рисков, связанных с отказом (осложнения кори, полиомиелита, дифтерии).
- Развенчание мифов: Профессиональные ответы на вопросы о составе вакцин, влиянии на иммунитет и «опасности» прививок, основанные на доказательной медицине.
- Инструктаж по уходу: Обучение пациентов (или родителей), как вести себя после прививки (можно ли мочить место укола, что делать при температуре, какие продукты исключить из рациона).
- Наглядная информация: Подготовка стендов, памяток и брошюр о календаре прививок и профилактике инфекционных заболеваний.

4. Работа с общественностью подразумевает:

- Взаимодействие: Работа с образовательными учреждениями (детские сады, школы) для организации массовой вакцинации.
- Пропаганда: Популяризация здорового образа жизни и иммунопрофилактики.
- Работа с отказами: Проведение разъяснительной работы с лицами, отказывающимися от вакцинации. [3]

Приведем пример роли медицинской сестры в вакцинации детей против кори:

Медицинская сестра играет важную роль в организации вакцинации против кори. Её деятельность направлена на обеспечение безопасности и эффективности вакцинации, а также на соблюдение требований законодательства и медицинских стандартов.

Некоторые роли участковой медицинской сестры в вакцинации детей против кори:

- Учёт проведения вакцинации. Медицинская сестра ведёт регистрацию проконсультированных пациентов, проведённых прививок и поствакцинальных осложнений с соответствующими отметками в журнале учёта, прививочной картотеке, учётной форме.
- Заполнение карточек профилактических прививок. Медицинская сестра заполняет карточки для новорождённых и вновь прибывших детей, передаёт данные в прививочную картотеку.
- Информирование родителей. Медицинская сестра сообщает о графике и сроках вакцинации, используемых препаратах, возможных осложнениях и побочных эффектах.
- Разъяснительная работа. Медицинская сестра разъясняет рекомендации врача в рамках своей компетентности и требований профессиональной этики.
- Патронаж детей после прививок. Медицинская сестра осуществляет патронаж детей после прививок.
- Вызов детей групп риска. Медицинская сестра вызывает детей из группы риска на диспансерные осмотры перед прививками в период их оздоровления.
- Психологическая помощь. Медицинская сестра помогает детям, которые болезненно реагируют на медицинские процедуры, и корректирует страх. [4]

Успешность проведения вакцинации зависит от качества деятельности медицинской сестры и правильной организации работы.

Обоснование пользы прививки от кори для детей — важная задача участковых медицинских сестер, особенно учитывая современные сомнения некоторых родителей относительно вакцинации. Для эффективного объяснения следует придерживаться простых и понятных аргументов, подкрепляя их научными фактами и статистическими данными:

1. Используйте простой язык, понятный каждому родителю. Избегайте сложных медицинских терминов и старайтесь говорить доступным языком.

2. Аргументы в пользу прививки:

- эффективность (прививка надежно защищает от заболевания корью, снижая вероятность заболеть почти до нуля).

- безопасность (современные вакцины проверены многолетними исследованиями и имеют минимальные побочные эффекты).

- коллективный иммунитет (чем больше детей привито, тем меньше шансов заразиться другим детям, включая тех, кому вакцинация противопоказана).

3. Глобальная статистика - напоминайте родителям, что именно благодаря массовой вакцинации мир практически избавился от многих опасных инфекций, таких как полиомиелит и оспа.

4. Ответственность родителей - акцентируйте внимание на том, что родители несут ответственность за здоровье своего ребенка и решение о вакцинации должно основываться на фактах и рекомендациях врачей.

5. Факты и цифры - предоставьте статистику заболеваемости и смертности от кори до начала массовых прививочных кампаний и после внедрения вакцинации.

6. Поддержка семьи - расскажите о случаях успешных историй, когда дети были защищены прививкой и избежали серьезных осложнений.

7. Опасности отказа - важно подчеркнуть риски, связанные с отказом от вакцинации: повышение вероятности заболевания, серьезные осложнения, необходимость длительного лечения и изоляция заболевшего ребенка.

8. Индивидуальные консультации - при необходимости организуйте консультацию врача-педиатра или иммунолога для дополнительного разъяснения вопросов, возникающих у родителей.

Эти шаги помогут участковой медицинской сестре грамотно и убедительно рассказать родителям о преимуществах вакцинации против кори, способствуя повышению уровня охвата прививками и защите здоровья детей. [2]

В современных условиях вакцинация остается важнейшим инструментом профилактики инфекционных заболеваний, способствующим значительному снижению уровня заболеваемости и смертности. Эффективность процесса иммунопрофилактики зависит от множества факторов, среди которых ключевое место занимает профессиональная деятельность медицинских сестер.

Медсестра выступает не только исполнителем процедур, но и организатором профилактических мероприятий, просветителем и психологом, формирующим доверительные отношения с пациентами и населением в целом.

Таким образом, эффективная реализация стратегии иммунопрофилактики невозможна без активной вовлеченности и профессионализма медицинских сестер. Именно благодаря их усилиям становится возможным достижение высокого уровня охвата вакцинацией, снижение риска возникновения вспышек инфекций и формирование устойчивого коллективного иммунитета. Опыт последних лет убедительно демонстрирует, что вклад медицинских сестер в процесс вакцинации трудно переоценить. Они становятся связующим звеном между научной базой, государственными решениями и каждым отдельным человеком, защищая здоровье общества и укрепляя доверие граждан к здравоохранению.

Список литературы:

1. <https://zpp.rosпотреbnadzor.ru/news/regional/562536>
2. https://spravochnick.ru/medicina/rol_medicinskoy_sestry_v_vakcinacii_detey/
3. <https://nsportal.ru/npo-spo/zdravookhranenie/library/2022/05/22/rol-meditsinskoy-sestry-v-povyshenii-ohvata-privivkami>
4. <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=9&documentId=156017>

ОСОБЕННОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОВЕДЕНИИ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ У ДЕТЕЙ

*Обучающаяся Чикова Елена
Научные руководители Корнева О.В., Платонова С.Р.
г. Москва ГБПОУ «МК №2»*

ВВЕДЕНИЕ

Иммунопрофилактика, или вакцинация, является одним из наиболее эффективных и экономически выгодных методов предотвращения инфекционных заболеваний, спасающим миллионы жизней ежегодно. Успех программ иммунизации во многом зависит от слаженной работы всей системы здравоохранения, где медицинская сестра играет ключевую, а зачастую и центральную роль. От ее профессионализма, знаний и коммуникативных навыков зависит не только охват вакцинацией, но и безопасность процедуры, а также доверие населения к прививкам. В данном докладе будет рассмотрена многогранная роль медицинской сестры в различных аспектах иммунопрофилактики.

1. Организация и планирование вакцинации

Медицинская сестра является неотъемлемой частью процесса организации и планирования иммунизации ребенка. Ее обязанности начинаются задолго до непосредственного введения вакцины.

- **Ведение учета и планирование:** Медсестра отвечает за ведение картотек, электронных баз данных и журналов учета прививок. Она отслеживает сроки проведения плановых вакцинаций (рис. 1), формирует списки подлежащих прививкам детей, а также контролирует наличие и сроки годности вакцин. Эффективное планирование позволяет избежать пропусков прививок и обеспечить своевременную иммунизацию.

- **Подготовка прививочного кабинета:** Перед началом прививочного дня медсестра подготавливает кабинет, обеспечивая его чистоту, стерильность инструментов и наличие всех необходимых материалов (шприцы, иглы, антисептики, средства для оказания неотложной помощи).

2. Проведение вакцинации и обеспечение безопасности

Непосредственное проведение вакцинации – это одна из самых ответственных задач медицинской сестры, требующая высокой квалификации и строгого соблюдения протоколов.

- **Предварительный осмотр и сбор анамнеза:** Хотя окончательное решение о допуске к вакцинации принимает врач, медсестра играет важную роль в сборе предварительного анамнеза. Она уточняет наличие острых заболеваний, аллергических реакций, предыдущих реакций на прививки, а также информирует врача о любыхсторажающих факторах.

- **Подготовка пациента:** Медсестра объясняет пациенту и его родителям процедуру, отвечает на вопросы, помогает занять удобное положение, что особенно важно при работе с детьми для снижения тревожности.

- **Техника введения вакцины:** Медсестра должна в совершенстве владеть различными техниками введения вакцин (внутримышечно, подкожно, внутривенно, перорально) в зависимости от типа препарата и возраста пациента. Строгое соблюдение правил асептики и антисептики, выбор правильного места инъекции и глубины введения иглы критически важны для эффективности и безопасности процедуры.

- **Мониторинг после вакцинации:** После введения вакцины медсестра наблюдает за пациентом в течение определенного времени (обычно 30 минут) для своевременного выявления и оказания помощи при возможных немедленных поствакцинальных реакциях, таких как анафилактический шок. Она также информирует родителей и пациента о возможных отсроченных реакциях (повышение температуры, местная реакция) и дает рекомендации по уходу и действиям в случае их возникновения.

- **Утилизация отходов:** Правильная утилизация острых и медицинских отходов после вакцинации является важным аспектом инфекционной безопасности и предотвращения распространения инфекций.

3. Информационно-просветительская работа и преодоление вакцинного скептицизма

Одной из важнейших, но часто недооцениваемых функций медицинской сестры является ее роль в информировании родителей и формировании позитивного отношения к вакцинации. В условиях растущего количества антипрививочных движений и распространения недостоверной информации, медсестра становится ключевым звеном в донесении научно обоснованных данных.

- **Консультирование и разъяснение:** Медсестра является первым и наиболее доступным источником информации для пациентов и их родителей. Она должна быть готова ответить на широкий круг вопросов: о составе вакцин, их безопасности, возможных побочных эффектах, важности соблюдения графика прививок, а также о заболеваниях, от которых защищает вакцинация. Важно, чтобы информация была представлена в доступной форме, без использования сложной медицинской терминологии.

- **Развенчание мифов:** Медсестра часто сталкивается с распространенными мифами и заблуждениями о вакцинации. Ее задача – терпеливо и аргументированно развенчивать эти мифы, опираясь на достоверные научные данные и статистику. Это требует не только глубоких знаний, но и развитых коммуникативных навыков, умения слушать и проявлять эмпатию.

- **Мотивация и убеждение:** В некоторых случаях медсестре приходится мотивировать родителей к вакцинации, объясняя риски отказа от прививок и преимущества иммунизации для индивидуального и общественного здоровья. Она может использовать

наглядные материалы, брошюры, демонстрировать статистику заболеваемости до и после внедрения массовой вакцинации.

- **Поддержка и снижение тревожности:** Особенно при работе с детьми и их родителями. Медсестра помогает снизить уровень тревожности, объясняя, что легкие поствакцинальные реакции – это нормальный ответ организма на формирование иммунитета. Она также может дать советы по облегчению состояния ребенка после прививки. Если возникнут реакции на вакцинацию, то медицинская сестра рекомендует незамедлительно обратиться к педиатру.

4. Документация и отчетность

Точное и своевременное ведение документации является критически важным для контроля за охватом вакцинацией, оценки эффективности программ и выявления возможных проблем.

- **Заполнение медицинской документации:** Медсестра аккуратно и точно вносит данные о проведенной вакцинации в медицинскую карту пациента, прививочный сертификат, журналы учета. Это включает название вакцины, серию, дозу, дату введения, способ введения и реакцию на прививку.

- **Отчетность:** Медсестра участвует в формировании статистических отчетов о проведенных прививках, охвате вакцинацией по различным возрастным группам и нозологиям. Эти данные используются для анализа эпидемиологической ситуации, планирования поставок вакцин и корректировки программ иммунизации на региональном и национальном уровнях.

- **Регистрация поствакцинальных осложнений:** В случае возникновения серьезных поствакцинальных осложнений медсестра немедленно информирует врача и участвует в их регистрации и расследовании в соответствии с установленными протоколами. Это позволяет выявлять потенциальные проблемы с вакцинами или процедурой их введения.

5. Повышение квалификации и профессиональное развитие

Сфера иммунопрофилактики постоянно развивается: появляются новые вакцины, изменяются схемы вакцинации, обновляются рекомендации. Поэтому непрерывное профессиональное развитие медицинской сестры является обязательным условием для поддержания высокого уровня ее компетенции.

- **Обучение и тренинги:** Медсестра регулярно проходит курсы повышения квалификации, участвует в семинарах и тренингах по вопросам иммунопрофилактики. Это включает изучение новых вакцин, обновленных национальных календарей прививок, современных методов хранения и введения препаратов, а также алгоритмов оказания неотложной помощи при поствакцинальных реакциях.

- **Самообразование:** Чтение профессиональной литературы, изучение рекомендаций Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и национальных регуляторных органов, а также обмен опытом с коллегами способствуют углублению знаний и совершенствованию практических навыков.

- **Соблюдение этических принципов:** В своей работе медсестра руководствуется этическими принципами, такими как конфиденциальность, уважение к выбору пациента (при условии его информированности), а также принципом "не навреди". Она должна быть беспристрастной и объективной, предоставляя полную и достоверную информацию, не допуская давления или манипуляций.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Роль медицинской сестры в иммунопрофилактике является многогранной, ответственной и незаменимой. Она не просто выполняет технические манипуляции по введению вакцины, но и выступает в качестве организатора, консультанта, педагога и психолога. От ее профессионализма, внимательности и коммуникативных навыков напрямую

зависит эффективность программ иммунизации, уровень охвата населения прививками, а также доверие общества к системе здравоохранения в целом.

Медицинская сестра является связующим звеном между врачом, пациентом и системой общественного здравоохранения. Она обеспечивает соблюдение всех этапов "холодовой цепи", правильность техники введения вакцин, своевременное информирование и консультирование населения, а также точное ведение документации. В условиях современных вызовов, таких как рост антипрививочных настроений и появление новых инфекционных угроз, роль медицинской сестры в продвижении и реализации иммунопрофилактики становится еще более значимой.

Инвестиции в обучение и профессиональное развитие медицинских сестер, признание их ключевой роли и создание благоприятных условий для их работы являются залогом успешной борьбы с инфекционными заболеваниями и сохранения здоровья нации. Без высококвалифицированных и мотивированных медицинских сестер невозможно достичь высоких показателей охвата вакцинацией и обеспечить надежную защиту населения от предотвратимых инфекций. Таким образом, медицинская сестра – это не просто исполнитель, а активный участник и движущая сила в глобальной стратегии по укреплению общественного здоровья через иммунопрофилактику.

Список литературы

1. Федеральный закон от 17.09.1998 № 157-ФЗ (ред. от 24.04.2020) «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней».
2. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 марта 2014 г. № 125н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям» (с изменениями и дополнениями).
3. Обеспечение безопасности иммунизации. Практическое руководство. ВОЗ, 2020.
4. Организация работы медицинской сестры прививочного кабинета: методические рекомендации / сост. Н.В. Колесникова и др. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023. – 64 с.
5. Роль среднего медицинского персонала в формировании приверженности населения к вакцинопрофилактике / В.К. Ткаченко, Л.Ю. Алексеева // Медицинская сестра. – 2021. – № 6. – С. 12-17.
6. СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней».

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ПОВЫШЕНИИ ДЕТОРОЖДЕНИЯ В РАЗРЕЗЕ ПРОВЕДЕНИЯ ВАКЦИНАЦИИ ОТ ВПЧ

Преподаватель Андреева М.С.

г. Богородск, ГБПОУ НО «Нижегородский медицинский колледж»

Вирус папилломы человека (ВПЧ) — главный этиологический фактор рака шейки матки (РШМ) и значимый фактор других онкогенных поражений гениталий и орофарингальной области. Профилактика ВПЧ-инфекции (включая вакцинацию) — ключевой элемент улучшения репродуктивного здоровья женщин, снижения онкологической заболеваемости и, как следствие, положительного влияния на демографические показатели. В условиях России медицинская сестра (медсестра) играет центральную роль в реализации программ вакцинации: от просвещения и мотивации до организации иммунизации и последующего наблюдения.

Рак шейки матки и генитальные бородавки являются наиболее распространенными и хорошо известными проявлениями инфекции вируса папилломы человека (ВПЧ). Оба случая продолжают оставаться значительной проблемой общественного здравоохранения в Российской Федерации. Согласно данным, опубликованным главным онкологом в РФ, в 2020

году уровень распространённости ВПЧ составляет 128,1 на 100 000 женщин, а уровень заболеваемости — 13,67 на 100 000 женщин (15,8 в 2018 году) [1,2].

В России ежегодно регистрируется значимое число новых случаев РШМ - около 15 000 первичных случаев РШМ, в Москве — более 500, в Санкт-Петербурге — около 500 [3]. Специалисты отмечают рост числа случаев заражения вирусом папилломы человека (ВПЧ) в России в 2,5 раза за 10 лет [4].

РШМ остаётся одним из ведущих случаев онкологической заболеваемости у женщин репродуктивного и перименопаузального возраста. Падение рождаемости и низкий уровень общей рождаемости — одна из приоритетных проблем здравоохранения и социальной политики России. Улучшение репродуктивного здоровья женщин, снижение потерь фертильного периода из-за онкологических заболеваний и сохранение здоровья матерей способствует долгосрочному положительному влиянию на уровень рождаемости.

РШМ считается практически полностью предотвратимым, благодаря высокоэффективным мерам первичной (вакцина против ВПЧ) и вторичной (скрининг) профилактики. Продолжающаяся вакцинация против ВПЧ в конечном итоге обеспечит защиту от РШМ, но ее полное влияние на снижение заболеваемости потребуются десятилетия. Иммуноterapia показала многообещающие результаты при метастатическом РШМ и может стать мостом к защите посредством вакцинации [5].

Как же устранение ВПЧ-инфекции влияет на деторождение? Профилактика рака шейки матки и предраковых состояний сохраняет репродуктивный потенциал: меньше травматичных операций (конусные конизации, гистерэктомии), что уменьшает риск акушерских осложнений (неполноценная шейка, преждевременные роды). Снижение заболеваемости и смертности среди женщин детородного возраста увеличивает число потенциальных матерей. Программы вакцинации в популяциях привязаны к долгосрочным демографическим и экономическим преимуществам: меньше затрат на лечение, более высокое качество жизни и экономическая защищённость семей.

Неспецифическая профилактика включает в себя мероприятия, нацеленные прежде всего на источник инфекции, пути и механизмы передачи, а также на восприимчивый организм. И одной из таких профилактик будет внесение в национальный календарь плановых прививок и необходимость вакцинации против вируса папилломы человека с целью снижения распространённости данного заболевания [6].

Медицинская сестра в иммунопрофилактике и вакцинации от ВПЧ играет огромную роль. В ее работе сочетаются различные направления деятельности:

1. Просвещение и консультирование. Медицинская сестра дает объяснение механизмов ВПЧ, связи с РШМ и преимуществ вакцины. Ее целевая аудитория: девочки и мальчики подросткового возраста (рекомендуемый возраст 9–14 лет для максимальной эффективности), а также женщины и мужчины старшего возраста при клинических показаниях. Следующие фразы можно применять в беседах: «Вакцина защищает от тех типов ВПЧ, которые чаще всего вызывают рак шейки матки; делается в несколько доз до начала половой жизни для наилучшего эффекта»; «Вакцина безопасна: миллионы доз использованы в мире, осложнения встречаются редко — обычно это кратковременная боль в месте укола или небольшая температура»; «Если вы беспокоитесь о фертильности — вакцина не снижает фертильность, наоборот: снижает риск заболеваний, от которых могут пострадать репродуктивные органы».

2. Скрининг и навигация по медицинским услугам. Уже непосредственно на приеме или консультации медицинская сестра помогает пациенту сориентироваться в дальнейшей тактике вакцинации или лечения. Она напоминает и выписывает направление на скрининг (ПАП-тест, ВПЧ-тест) в установленные сроки. Осуществляет координацию с гинекологами при выявлении предраковых изменений. Также, медицинская сестра обеспечивает непрерывность наблюдения после лечения предраковых состояний, чтобы пациенты не терялись из системы.

3. Организация и проведение вакцинации – непосредственная работа медицинской сестры. Она должна подготовить кабинет, обеспечить соблюдение холодной цепи, проверить

медицинскую карту пациента на наличие противопоказаний. Проведение вакцинации выполняется по стандартным алгоритмам и чек-листам, соблюдаются важные моменты: техника инъекции, получение информированного согласия перед процедурой, выдача памяток о возможных реакциях и мерах при них. Ведение документации является важнейшим этапом в проведении вакцинации: оформляется журнал прививок, учет доз, маршрутизация на вторую/третью дозу по графику.

4. Работа с возражениями и снижение вакцинального скептицизма также входит в круг обязанностей медицинской сестры в рамках бесед с пациентами. Для положительного результата она должна использовать мотивационные техники: выяснить опасения у пациента или его законного представителя, дать факты, предложить персонализированный прогноз пользы. Также важна работа с родителями подростков: подчеркнуть безопасность и защитную роль вакцины для будущего здоровья детей.

5. Взаимодействие с сообществом и школами сейчас выходит на новый уровень. Медицинская сестра может проводить просветительские мероприятия в школах и поликлиниках, участвовать в родительских собраниях; организовывать «дни вакцинации» в школах совместно с врачами и администрацией (при действующих региональных программах). Немаловажно осуществлять сбор обратной связи, мониторинг информационных потребностей населения.

6. Интеграция вакцинации ВПЧ в репродуктивную службу было бы огромным шагом вперед в сохранении здоровья населения. В Российской Федерации Национальным календарём обязательных прививок вакцинация против ВПЧ не предусмотрена, но реализуется на уровне региональных программ (более 30) и охватывает незначительный процент 93 целевой группы, что явно недостаточно, так как для снижения ВПЧ ассоциированных заболеваний охват вакцинацией должен составлять не менее 90% населения. Иммунизация против ВПЧ официально включена в региональные календари обязательных профилактических прививок в Московской области, Санкт-Петербурге, Ханты-Мансийском автономном округе, Якутске, Новосибирске, Смоленской области и других регионах. Однако для оценки эпидемиологической эффективности вакцинации против ВПЧ, а также для оценки её экономической эффективности в целом для страны необходимо внедрение вакцинации на национальном уровне.

Как театр начинается с вешалки, так и забота о своем здоровье начинается с посещения врача. А там, в кабинете, начинает «играть» свою первую партию медицинская сестра. Она должна обладать всеми навыками и способами узнать о пациенте как можно больше, чтобы помочь ему и сохранить здоровье. На занятиях по МДК.03.01 «Здоровый образ жизни и профилактика заболеваний» с обучающимися разбираются правила и методы обследования пациентов, сбор данных с помощью анкетирования и опроса. Обучающиеся овладевают навыками измерения гемодинамических показателей и оценивания функциональных показателей здоровья. Студенты составляют памятки с рекомендациями по здоровому образу жизни, снижению веса и необходимости прохождения ежегодной диспансеризации. Ведь регулярное обследование своего здоровья – залог долголетия и здорового поколения!

Второй предмет, но не по значимости, это МДК.03.02 «Сестринское дело в системе первичной медико-санитарной помощи». Студенты второго курса учатся составлять графики и календари иммунопрофилактики детей и взрослого населения. И включение вакцинации от ВПЧ в национальный календарь прививок было бы отличным шансом воспитать ответственное к своему здоровью поколение. Ведь уже со студенческой скамьи молодые люди понимают, что вакцинация от такого заболевания просто необходима и важна. Также, на практических занятиях обучающиеся создают буклеты и плакаты с призывом к иммунопрофилактике, посещают различные организации с профилактическими беседами на тему здорового образа жизни, выявления вредных факторов жизни и работы. Одно из самых важных направлений практики – обучение студентов профессиональным навыкам проведения вакцинации: постановка различных видов инъекций, ведение медицинской документации.

Медицинская сестра — ключевой связующий элемент между медицинской рекомендацией и фактическим выполнением вакцинации против ВПЧ. От её компетентности в просвещении, умении работать с возражениями, грамотности в организации прививочного процесса и координации наблюдения напрямую зависит охват населения и долгосрочный эффект на здоровье женщин. Снижение распространённости ВПЧ и его последствий способно сохранить репродуктивный потенциал значительного числа женщин и внести вклад в стабилизацию демографической ситуации.

Список литературы:

1. Заридзе Д. Г., Максимович Д. М., Стилиди И. С. РАК ШЕЙКИ МАТКИ И ДРУГИЕ ВПЧ АССОЦИИРОВАННЫЕ ОПУХОЛИ В РОССИИ // Вопросы онкологии. 2020. №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/rak-sheyki-matki-i-drugie-vpch-assotsiirovannye-opuholi-v-rossii>

2. ICO HPV Information Centre — Country profile: Russian Federation. Статистические данные по распространённости ВПЧ и заболеваемости РШМ. S. Rogovskaya, G

3. Злокачественные новообразования в России в 2020 году (заболеваемость и смертность). Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, А.О. Шахзадовой. М.: МНИОИ им. П. А. Герцена - филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России. 2021: 252.

4. Интервью главного внештатного специалиста-гинеколога детского и юношеского возраста Минздрава Елена Уварова от 29.10.2025. В

5. Мерабишвили В.М., Бахидзе Е.В., Урманчеева А.Ф., Берлев И.В. Рак шейки матки: сравнительное исследование заболеваемости, смертности и выживаемости в Северо-Западном федеральном округе Российской Федерации и в странах Северной Европы. Вопросы онкологии. 2024; 70(3): 470-480.-DOI

6. Папилломавирусная инфекция – эпидемиология и профилактика: Учебное пособие / А.Н. Каира, О.А. Свитич, Н.Г. Политова; ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России; ФГБНУ «Научно-исследовательский институт вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова». – М.: ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России, 2022. – 134 с. – ISBN 978-5-7249-3264-6. *Russia Human Papillomavirus and Related Cancers, Fact Sheet (last updated: October 2021).* www.HPVWorld.com, 190

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ИММУНОПРОФИЛАКТИКЕ ГРИПА

*Преподаватель Гладунова А.В.
г. Самара, ГБПОУ «СМК им Н. Ляпиной»*

Грипп остаётся одной из наиболее распространённых острых респираторных вирусных инфекций, представляющих серьёзную угрозу для общественного здравоохранения. Ежегодно эпидемии гриппа приводят к миллионам случаев заболевания, сотням тысяч госпитализаций и десяткам тысяч смертей, особенно среди групп риска.

В 2026 году иммунопрофилактика гриппа сохраняет ключевое значение для снижения заболеваемости, предотвращения осложнений и эпидемий. Вакцинация признана наиболее эффективным методом профилактики гриппа, позволяющим снизить риск заражения, вероятность тяжёлого течения болезни и летальных исходов у целевых групп населения.

Медицинская сестра играет центральную роль в реализации программ вакцинации против гриппа. Её деятельность охватывает широкий спектр задач: от непосредственного проведения прививок до просветительской работы с населением. От профессионализма сестринского персонала напрямую зависит охват иммунизацией, безопасность процедур и доверие пациентов к программам вакцинации.

Основными функциями медицинской сестры в процессе иммунопрофилактики гриппа являются: подготовка к вакцинации, сбор анамнеза, организация процесса вакцинации, проведение вакцинации, постпрививочное наблюдение.

На этапе подготовки к вакцинации медицинская сестра выполняет комплекс мероприятий, которые обеспечивают безопасность процедуры и полноценную информированность пациента. Прежде всего, она проводит подробную беседу с пациентом. В ходе неё разъясняет цели вакцинации, профилактику гриппа и его осложнений. Объясняет, как действует вакцина: она стимулирует иммунную систему к выработке антител, но при этом не вызывает саму болезнь.

Медицинская сестра информирует о возможных побочных реакциях — например, о кратковременном повышении температуры или болезненности в месте инъекции. Также она рассказывает о преимуществах вакцинации: благодаря прививке снижается риск тяжёлого течения болезни, госпитализаций и летальных исходов. Отдельно обсуждаются противопоказания и ситуации, когда вакцинацию лучше отложить.

Следующий важный этап — сбор анамнеза. Медицинская сестра выясняет, нет ли у пациента острых инфекционных заболеваний: если они есть, вакцинацию откладывают до выздоровления. Уточняет наличие аллергических реакций, особенно на куриный белок, антибиотики и компоненты вакцин. Спрашивает о случаях поствакцинальных осложнений в прошлом. Оценивает наличие хронических заболеваний: астмы, диабета, сердечно-сосудистых патологий и других. При работе с беременными уточняет срок беременности — вакцинация разрешена во 2–3 триместре. Также проверяет, принимает ли пациент иммуносупрессивные препараты.

Затем медицинская сестра оформляет информированное добровольное согласие. Для этого она предоставляет пациенту письменный документ с описанием вакцины, целей вакцинации, возможных рисков и пользы. Проводит устную беседу, отвечает на вопросы пациента или его законного представителя. После этого согласие регистрируется в медицинской документации и в электронной медицинской карте (ЭМК).

В завершение подготовки медицинская сестра разъясняет пациенту правила поведения после вакцинации. Она рекомендует оставаться в медицинском учреждении в течение 30 минут для наблюдения. Даёт советы по уходу за местом инъекции: его не следует тереть и мочить в первые сутки. Советует ограничить физические нагрузки на 24–48 часов, соблюдать питьевой режим и придерживаться обычного режима дня. Кроме того, медицинская сестра инструктирует пациента, как действовать при появлении побочных реакций.

Медицинская сестра отвечает за соблюдение всех требований к организации вакцинации. Прежде всего, она проверяет условия хранения и транспортировки вакцин. Для этого контролирует температурный режим холодильной цепи — он должен быть в пределах +2...+8 °С. Использует цифровые термоиндикаторы для фиксации температуры. Проверяет целостность упаковки и маркировки, а также следит за соблюдением правил транспортировки между подразделениями.

Далее медицинская сестра контролирует сроки годности и серийные номера вакцин. Сверяет сроки годности с датой вакцинации, проверяет серийный номер препарата с данными в сопроводительной документации. Исключает использование повреждённых или просроченных вакцин.

Подготовка рабочего места и инструментов — ещё одна важная задача. Медицинская сестра стерилизует и готовит шприцы, иглы и антисептики. Комплекдует наборы для оказания неотложной помощи: противошоковый набор, антигистаминные препараты, адреналин и т. д.

Обеспечивает наличие средств индивидуальной защиты — перчаток, масок, защитных очков. Подготавливает ёмкости для сбора медицинских отходов.

Соблюдение правил асептики и антисептики — обязательное условие безопасной вакцинации. Медицинская сестра обрабатывает руки антисептиком перед началом работы, дезинфицирует поверхности рабочего стола. Использует только одноразовые стерильные инструменты и правильно утилизирует отходы класса Б после каждой процедуры.

В процессе вакцинации медицинская сестра выбирает метод введения препарата в зависимости от типа вакцины и инструкции к ней. Чаще всего используется внутримышечная инъекция: у взрослых вакцину вводят в дельтовидную мышцу плеча, а у детей до 3 лет — в переднебоковую поверхность бедра. В отдельных случаях, если это предусмотрено инструкцией, может применяться подкожная инъекция. Для живых аттенуированных вакцин иногда предусмотрено интраназальное введение.

При проведении инъекции медицинская сестра строго соблюдает технику безопасности и стерильности. Обрабатывает место инъекции антисептиком, использует стерильные одноразовые шприцы и иглы. Следит, чтобы игла не контактировала с нестерильными поверхностями, и соблюдает правила безопасного обращения с острыми инструментами.

После введения вакцины медицинская сестра фиксирует в документации дозу препарата, отмечает место инъекции в медицинской карте, записывает серию и срок годности вакцины.

Все данные о проведённой процедуре вносятся в электронную медицинскую карту (ЭМК). Медицинская сестра указывает название вакцины, производителя, серию и срок годности. Фиксирует дату и время вакцинации, метод введения и место инъекции. Отмечает наличие информированного согласия и ставит свою подпись как специалиста, проводившего процедуру.

После вакцинации медицинская сестра организует наблюдение за пациентом и оказывает необходимую поддержку. В первые 30 минут она внимательно следит за общим состоянием человека: оценивает самочувствие, цвет кожных покровов, дыхание. При необходимости измеряет температуру тела и осматривает место инъекции на предмет покраснения, отёка. Опрашивает пациента о самочувствии и возможных дискомфортных ощущениях. Если возникают побочные реакции, медицинская сестра их выявляет и регистрирует. В случае осложнений медицинская сестра оказывает первую помощь.

Медицинская сестра инструктирует пациента о признаках осложнений, которые требуют немедленного обращения за медицинской помощью. К ним относятся затруднённое дыхание, отёк лица и горла, сыпь, высокая температура, сохраняющаяся более 3 дней. Даёт рекомендации по симптоматическому лечению: например, по приёму жаропонижающих или антигистаминных препаратов. Также сообщает, когда нужно прийти на повторный приём — особенно если вакцинация проводится по многокомпонентной схеме.

В условиях роста антипрививочных настроений образовательная и просветительская работа медицинской сестры приобретает особую значимость. Её задача — не просто донести до населения факты о вакцинации, но и развеять распространённые мифы, сформировать осознанное отношение к иммунопрофилактике гриппа.

Ключевым направлением деятельности является организация школ здоровья для пациентов из групп риска: пожилых людей старше 60 лет, беременных женщин, детей от 6 месяцев до 18 лет, лиц с хроническими заболеваниями (диабетом, сердечно-сосудистыми патологиями, хроническими заболеваниями лёгких и др.), медицинских работников и сотрудников образовательных учреждений. На таких занятиях медицинская сестра подробно рассказывает о механизмах развития гриппа, его осложнениях (пневмонии, миокардитах, менингитах) и роли вакцинации в их предотвращении.

Важный элемент просветительской работы — разъяснение научных фактов о вакцинации против гриппа с опорой на доказательную медицину. Медицинская сестра объясняет, что

современные вакцины содержат либо инактивированные вирусы, либо отдельные антигены, которые не могут вызвать заболевание. Особое внимание уделяется развенчанию распространённых мифов. Например, на вопрос «Может ли вакцина вызвать грипп?» медицинская сестра даёт чёткий научный ответ: «Нет, инактивированная вакцина не содержит живого вируса и не может спровоцировать заболевание. Кратковременное недомогание после прививки — это нормальная реакция иммунной системы на формирование защиты». Также разбираются другие заблуждения: о «перегрузке» иммунной системы, якобы «неэффективности» прививок из-за изменчивости вирусов и т. д.

Медицинская сестра обучает пациентов правилам поведения после вакцинации. Она объясняет, что в первые 24–48 часов желательно ограничить интенсивные физические нагрузки и посещение бань, саун. Рассказывает о необходимости наблюдать за местом инъекции: небольшое покраснение или болезненность в течение 1–2 дней — это нормально, но при появлении сильного отёка или уплотнения нужно обратиться к врачу. Даёт рекомендации по поддержанию водного баланса и полноценному отдыху в первые сутки после прививки.

Для распространения информации медицинская сестра использует различные форматы материалов:

- печатные памятки с ключевыми фактами о вакцинации и графиком прививок;
- буклеты с пошаговыми инструкциями по подготовке к вакцинации и поведению после неё;
- инфографику с наглядным сравнением рисков гриппа и побочных эффектов вакцинации;
- ссылки на вебинары и онлайн-лекции ведущих инфекционистов и иммунологов.

Активное участие медицинская сестра принимает в информационных кампаниях и днях иммунизации. Она помогает организовывать выездные прививочные пункты в учебных заведениях, на предприятиях, в торговых центрах. Во время таких мероприятий проводит экспресс-консультации, отвечает на вопросы посетителей, раздаёт информационные материалы. Совместно с врачами участвует в публичных лекциях и круглых столах по вопросам вакцинопрофилактики.

Важной частью работы является индивидуальное консультирование по вопросам календаря прививок и составления индивидуальных графиков вакцинации. Медицинская сестра помогает:

- определить оптимальный срок вакцинации с учётом сезона и эпидемиологической ситуации;
- составить график для лиц, пропускавших прививки в предыдущие годы;
- скорректировать план иммунизации для пациентов с хроническими заболеваниями или временными противопоказаниями;
- разобраться в различиях между типами вакцин против гриппа (инактивированными, субъединичными, сплит-вакцинами) и выбрать наиболее подходящий вариант.

Кроме работы с населением, медицинская сестра участвует в обучении младшего Медицинского персонала основам иммунопрофилактики. Она проводит инструктажи по правилам хранения вакцин, технике вакцинации, алгоритму действий при осложнениях. Образовательная и просветительская деятельность медицинской сестры —

это многоуровневый

процесс, охватывающий как массовое информирование населения, так и индивидуальную работу с пациентами. Благодаря этой деятельности повышается охват вакцинации, снижается

я

уровень тревожности среди населения, укрепляется доверие к программам иммунопрофилактики гриппа.

Таким образом, медицинская сестра играет ключевую роль в системе иммунопрофилактики гриппа. Её деятельность охватывает широкий спектр задач: от непосредственного проведения вакцинации до просветительской работы с населением. Профессионализм и коммуникативные навыки медицинской сестры напрямую влияют на эффективность всей системы вакцинопрофилактики в регионе.

Список литературы

1. Федеральный закон от 17.09.1998 № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней». — Текст : электронный // КонсультантПлюс : справочно-правовая система.
2. СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней» : с изм. на 2025 г. — Москва : Роспотребнадзор, 2025. — 184 с.
3. Приказ Минздрава России от 18.05.2021 № 464н «Об утверждении Правил проведения лабораторных исследований».
4. Национальный календарь профилактических прививок Российской Федерации (2025–2026 гг.) : утв. Приказом Минздрава РФ № 1122н от 06.12.2021.
5. Методические рекомендации по вакцинопрофилактике гриппа (2025 г.) / под ред. проф. Петрова В.Н. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2025. — 48 с.
6. Современные аспекты вакцинопрофилактики : учеб.-метод. пособие / под ред. д-ра мед. наук, проф. Иванова А.А. — Москва : Медицина, 2025. — 216 с.
7. Руководство по надлежащей практике вакцинации (GVP) / Всемирная организация здравоохранения. — Женева : ВОЗ, 2024. — 156 с.
8. Роль медицинской сестры в иммунопрофилактике гриппа : науч.-практ. ст. / Иванова М.С., Сидорова Т.П. // Медицинская сестра. — 2025. — № 8. — С. 12–18.
9. Грипп и его профилактика : учеб. пособие для студентов мед. вузов / Петров И.М., Волкова Л.А. — Санкт-Петербург : ЭЛБИ-СПб, 2024. — 132 с.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ИММУНИЗАЦИИ ДЕТЕЙ

Преподаватель Елисеева Н.В.

г. Самара, ГБПОУ «СМК им Н. Ляпиной» отдел ДПО

Введение

Иммунизация — ключевой элемент профилактики инфекционных заболеваний у детей.

Благодаря плановой вакцинации удалось резко снизить заболеваемость корью, полиомиелитом, дифтерией, коклюшем и другими опасными инфекциями. Важнейшая роль в организации и проведении иммунизации принадлежит медицинской сестре — именно она обеспечивает практическое выполнение прививочного календаря и формирует доверие родителей к вакцинации.

Основные функции медицинской сестры в процессе иммунизации

1. **Организационная работа**
 - ведёт учёт детского населения на участке (список детей от 0 до 18 лет);
 - планирует график прививок на месяц вперёд (при отсутствии централизованной картотеки);
 - формирует приглашения на вакцинацию и диспансерные осмотры;
 - контролирует своевременность явки детей на прививки.
2. **Подготовка к вакцинации**

- проверяет наличие информированного согласия родителей;
- участвует в предварительном осмотре ребёнка вместе с врачом;
- проводит термометрию перед прививкой;
- готовит прививочный кабинет: обеспечивает наличие средств противошоковой терапии, одноразовых шприцев, антисептиков;
- контролирует условия хранения вакцин (соблюдение «холодовой цепи», температуру в холодильнике);
- проверяет маркировку, срок годности и целостность ампул/флаконов с вакцинами.

3. Выполнение прививки

- соблюдает правила асептики и антисептики при проведении инъекции;
- выбирает правильную технику введения (подкожно, внутримышечно и др.) и место инъекции с учётом возраста ребёнка и инструкции по вакцинации;
- использует только одноразовые шприцы и иглы;
- регистрирует в документации: название вакцины, дату, серию, дозу, место введения.

4. Наблюдение в поствакцинальном периоде

- Наблюдает за ребёнком в течение 30 минут после прививки для выявления немедленных аллергических реакций на компоненты вакцины;
- проводит патронаж на дому на следующий день при введении инактивированной вакцины и на 5-7 день при введении живой вакцины;
- фиксирует в карте реакции на прививку (местные, общие, осложнения);
- информирует врача о любых нежелательных явлениях.

5. Санитарно-просветительная работа

Распоряжение правительства РФ от 18.09.2020 №2390-Р « Об утверждении стратегии развития иммунопрофилактики инфекционных болезней на период до 2035 года» Проведение с 2006 года программ дополнительной иммунизации населения против вирусного гепатита В, кори, краснухи, гриппа и полиомиелита позволило к началу 2020 года добиться снижения заболеваемости вирусным гепатитом В в 15 раз (с 8,6 в 2005 году до 0,57 на 100 тыс. населения в 2019 году), краснухой - более чем в 3000 раз (со 100 в 2005 году до 0,03 на 100 тыс. населения в 2019 году).

В 2002 году Российская Федерация в составе Европейского региона получила сертификат Всемирной организации здравоохранения о ликвидации полиомиелита.

С 2017 года Российская Федерация признана Европейским региональным бюро Всемирной организации здравоохранения территорией, свободной от эндемичной краснухи. Показатель заболеваемости корью в Российской Федерации удерживается на низких значениях - в 2019 году составил 3,06 на 100 тыс. населения, за 5 месяцев 2020 года - 0,82 на 100 тыс. населения, охват детей и взрослых в возрасте 18 - 35 лет вакцинацией против кори составляет не менее 97 – 98%

С 2014 года в Российской Федерации увеличился охват населения страны прививками против гриппа. За последние 4 года охват населения прививкам против гриппа вырос на 12,2 процента, при этом показатель заболеваемости гриппом за этот период снизился с 60,5 до 37,3 процента на 100 тыс. населения.

Заболеваемость дифтерией регистрируется на уровне менее 0,01 на 100 тыс. населения, Краснухой, эпидемическим паротитом, вирусным гепатитом В - на уровне менее 1 на 100 тыс. населения, не регистрируется полиомиелит, вызванный диким полиовирусом.

Начиная с 2017 года вакцинация и ревакцинация детей первых лет жизни, относящихся к группам риска, осуществляется 5-компонентной вакциной, содержащей инактивированный полиомиелитный компонент

В рамках календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям проводится вакцинопрофилактика еще против 16 инфекций.

За последние 5 лет прививки по эпидемическим показаниям получили более 25,5 млн.

детей и взрослых

Применение комбинированных вакцин, в состав которых входит 5 и более антигенов, позволяет снизить инъекционную нагрузку,

- Отвечает на вопросы о графике вакцинации, противопоказаниях, совместимости вакцин;

- распространяет памятки, санбюллетени, информационные листки;
- проводит беседы и мини-лекции на тематических приёмах и «днях здоровья».

Взаимодействие с родителями: ключевые аспекты

Медицинская сестра — основной коммуникатор между врачом и семьёй.

Её задачи:

- **снизить тревожность** родителей, отвечая на вопросы спокойно и компетентно;
- **разъяснить пользу вакцинации** на понятном языке, без избытка медицинских терминов;
- **опровергнуть мифы** о вреде прививок, опираясь на доказательные данные;
- **объяснить порядок действий** при повышении температуры, покраснении места инъекции и других типичных реакциях;
- **подчеркнуть важность соблюдения графика** для формирования стойкого иммунитета.

Документационное сопровождение

Медицинская сестра ведёт и заполняет:

- учётную форму № 112/у («Карта профилактических прививок»);
- учётную форму № 063/у («Журнал учёта профилактических прививок»);
- историю развития ребёнка (форма № 112);
- статистический талон (форма № 256/у);
- отчёты о проведённой работе для участкового педиатра и эпидемиологической службы.

Точность и своевременность заполнения документов — обязательное условие качественного учёта иммунизации и анализа охвата прививками.

Особенности работы в разных условиях

- **В детской поликлинике:**
 - ежедневный приём вакцинируемых детей;
 - координация с участковым педиатром и эпидемиологом;
 - ведение картотеки и напоминание о предстоящих прививках.
- **На дому (при патронаже):**
 - контроль соблюдения режима после прививки;
 - выявление ранних признаков осложнений.
- **В дошкольных и школьных учреждениях:**
 - организация массовых кампаний по ревакцинации;
 - проведение бесед с педагогами и родителями;
 - учёт медицинских отводов и отсрочек.

Профессиональные компетенции и требования

Для эффективной работы медицинская сестра должна:

- знать национальный календарь профилактических прививок и особенности каждой вакцины;
- владеть техникой внутримышечных, подкожных и иных видов инъекций у детей разного возраста;
- уметь распознавать первые признаки анафилаксии и других неотложных состояний;
- иметь навыки психологической поддержки родителей и детей;
- соблюдать санитарно-эпидемиологический режим и правила обращения с иммунобиологическими препаратами;
- постоянно повышать квалификацию по вопросам вакцинопрофилактики.

Значение работы медицинской сестры

От компетентности и организованности медицинской сестры напрямую зависят:

- **охват прививками** — чем выше доля привитых, тем ниже риск эпидемий;
- **безопасность вакцинации** — соблюдение техники и условий хранения сводит к минимуму побочные реакции;
- **доверие семьи к медицине** — грамотное общение снижает число отказов от прививок;
- **своевременность иммунизации** — чёткое следование календарю формирует коллективный иммунитет.

Благодаря системной работе медицинских сестёр удаётся:

- предотвращать вспышки управляемых инфекций;
- снижать детскую инвалидность и смертность от вакциноуправляемых болезней;
- поддерживать эпидемиологическое благополучие в детских коллективах.

Заключение

Медицинская сестра — незаменимое звено в системе иммунизации детей. Её функции выходят далеко за рамки технического выполнения инъекций: она организует процесс, обеспечивает безопасность, просвещает семьи и ведёт учёт.

Профессионализм, внимательность и коммуникативные навыки медсестры напрямую влияют на эффективность вакцинопрофилактики и здоровье подрастающего поколения. Медицинская сестра обеспечивает практическую реализацию календаря прививок. Её работа включает организацию, выполнение, наблюдение и документирование. Санитарно-просветительная деятельность снижает число отказов от вакцинации. Точность и соблюдение протоколов – основа безопасности и эффективности иммунизации.

Список литературы:

1. Мамедалиева А. А., Жакупова М. Н., Оспанова Д. А. «Роль медицинской сестры при вакцинации детей». «Наука и Здравоохранение» в 2019 году.
2. Шамкенова Н. С., Бейсекбаев К. М. «Роль участковой сестры в иммунопрофилактике детей до 18 лет». Журнал «Актуальные исследования» 2023 год.
3. «Вакцины и иммунопрофилактика в современном мире. Руководство» (под ред. Л. С. Намазовой-Барановой, Н. И. Брико, И. В. Фельдблюм). Москва 2021 год
4. Письмо Минздрава России от 21 января 2022 г. №15-2/И/2-806 «О методических рекомендациях по проведению иммунизации в соответствии с приказом Минздрава России от 06 декабря 2021 г. №1122н».
5. Шамина Наталья Анатольевна «Основы вакцинопрофилактики» (учебное пособие). Издательство Лань 2025 год.
6. Плотникова С. Н., Кузьменко Л. В. «Проблема отказа родителей от вакцинации детей и роль медсестры в её решении». Медицинская сестра 2009 № 8 «Вакцинопрофилактика у детей и взрослых: руководство» (под ред.).
7. И. В. Фельдблюм, Л. П. Зуевой «Вакцинопрофилактика у детей и взрослых: руководство» ГЭОТАР-Медиа 2023 год

ИММУНОПРОФИЛАКТИКА БЕШЕНСТВА ПРИ УКУШЕННЫХ РАНАХ

*Преподаватели: Локтева Т.А.
Манелис Н.М.*

г. Самара, ГБПОУ «Самарский медицинский колледж им. Н. Ляпиной»

В последние годы лисы зачастили в город, и, соответственно, заражение бешенством стало более вероятным при укушенных ранах. Эти дикие животные, некогда обитавшие исключительно в лесных массивах и на окраинах населенных пунктов, все смелее осваивают

городскую среду, привлеченные доступностью пищи и относительной безопасностью. Их появление на улицах, в парках и даже во дворах жилых домов вызывает тревогу среди горожан, и неслучайно.

Бешенство встречается на всех континентах, кроме Австралии. Бешенство не регистрируется только в островных государствах (Великобритания, Япония, Новая Зеландия, Кипр, Мальта). Бешенство отсутствует также в Норвегии, Швеции, Финляндии, а также в Испании и Португалии.

В Российской Федерации ежегодно регистрируется около 50 заболеваний людей бешенством. Болезнь встречается во все времена года.

Восприимчивость людей к бешенству, по-видимому, не является всеобщей и, в частности, определяется локализацией укуса. По усредненным данным, при укусах в лицо заведомо больным животным бешенство возникало в 90%, при укусах в кисти рук - в 63%, а при укусах в проксимальные отделы рук и ног - лишь в 23% случаев. В РФ обращаемость за медицинской помощью по поводу нанесенных животными повреждений достигает сотен тысяч случаев в год. Среди обратившихся от 30 до 40% лиц считаются подозрительными на заражение вирусом бешенства, и им назначают курсы антирабических прививок. Обращаемость городского населения страны превышает обращаемость сельского почти в 2 раза. Случаи заболевания бешенством в нашей стране в основном связаны с поздним обращением укушенных лиц за антирабической помощью, с нарушением режима во время прививок или незавершенностью цикла иммунизации. Приблизительно 60% заболевших после контакта с больными животными вообще не обращаются в медицинские учреждения.

Бешенство - острая вирусная инфекционная болезнь из группы зоонозов с контактным механизмом передачи. Характеризуется поражением нервной системы, и заканчивается летально.

Возбудитель бешенства - вирус, который по особенностям морфологии включен в семейство *Rhabdoviridae*. В состав вируса входят РНК, белки, липиды и углеводы. Вирус бешенства обладает антигенными, иммуногенными и гемагглютинирующими свойствами.

Вирус бешенства патогенен для человека и всех видов теплокровных животных, а также птиц. Согласно экспериментальным данным, наибольшей восприимчивостью к бешенству обладают лисы, а среди лабораторных животных - сирийский хомяк.

Эпидемиология. Бешенство - типичный зооноз и относится к группе инфекционных болезней, возбудители которых передаются прямым контактным путем в результате укуса или ослюнения поврежденных наружных слизистых оболочек или кожного покрова. Таким образом, бешенство с полным основанием можно отнести к "раневым" инфекциям. Описано несколько случаев заражения в результате операции пересадки роговицы, от умерших больных бешенством людей.

Основным источником и резервуаром вируса бешенства в природных очагах являются дикие плотоядные животные (лисица, песец, волк, шакал, енотовидная собака, енот, мангуст), а также собаки, кошки, а в странах Америки - летучие мыши, среди которых возможен аспирационный путь передачи (в основном вампиры). В России существуют очаги бешенства трех типов: природные, в которых вирус циркулирует в популяции красных лисиц, передаваясь и другим животным; полярные очаги, связанные с популяцией песцов, и антропургические, в которых вирус циркулирует среди бродячих собак. В естественных условиях возбудитель этой инфекции циркулирует между животными - хозяевами и животными - реципиентами при непосредственном их контакте или через укус. Механизм передачи вируса бешенства от животного человеку тот же, что от больного животного здоровому.

Клиническая картина бешенства. В течении заболевания различают следующие периоды: инкубационный, продромальный, период развившейся болезни, или стадию возбуждения, период параличей, заканчивающийся летальным исходом.

Продолжительность инкубационного периода при бешенстве составляет от 10 дней до 1 года, но чаще 30-90 дней, причем у иммунизированных людей - в среднем 54 дня,

а у неиммунизированных – 77 дней. Наиболее короткий инкубационный период наблюдается при укусах в лицо, голову, наиболее длительный - при одиночных укусах туловища и нижних конечностей; он короче также при значительных повреждениях тканей у детей.

Почти всегда первыми признаками болезни являются зуд, тянущие и ноющие боли в месте укуса, боли по ходу нервов, ближайших к месту укуса. Рубец на месте укуса иногда слегка воспаляется и становится болезненным. Отмечаются субфебрильная температура, общее недомогание, головная боль. Может беспокоить сухость во рту. Аппетит снижен, язык обложен. Появляются повышенная чувствительность к зрительным и слуховым раздражителям, гиперестезия, иногда чувство стеснения в груди и глотке. Рано нарушается сон: характерны устрашающие сновидения, а затем устанавливается бессонница. Больные испытывают беспричинный страх, тревогу, чувство тоски; появляются мысли о смерти. Продромальные явления усиливаются. Присоединяются тошнота, нередко рвота, потливость, мидриаз, но реакция на свет при этом сохраняется.

Психические нарушения при бешенстве постоянны. Они могут появляться раньше всех симптомов болезни. В начале развивается состояние астении: общее недомогание. Чувство дискомфорта, неопределенное беспокойство, раздражительность, истощаемость, постоянно выраженная гиперестезия различных органов чувств. Вскоре появляются аффективные расстройства, проявляющиеся интенсивнее в тех случаях, когда они сочетаются с сознанием болезни (тоска, тревога, страх). Через некоторое время на фоне резко усиливающейся гиперестезии возникают спонтанно или при незначительных внешних раздражителях пароксизмы резчайшего возбуждения. В этот период часто отмечается бред: больные порываются бежать, присоединяются зрительные и слуховые галлюцинации. Иногда явления беспокойства могут принимать агрессивный характер и даже перейти в состояние буйства. Зрачки резко расширены, лицо выражает страдание, изо рта в обильных количествах выделяется слюна.

Лечение. Эффективных методов терапии бешенства пока нет. Особое значение приобретают первичная обработка ран, а также ранняя активная и пассивная иммунизация. Больного бешенством обязательно помещают в отдельную палату и защищают от любых внешних раздражителей. Устанавливают постоянное наблюдение. Назначают симптоматическое и патогенетическое лечение: снижение возбудимости нервной системы, поддержание водно-электролитного баланса, дезинтоксикация, витаминотерапия. В последние годы делаются попытки лечить больных бешенством антирабическим гамма-глобулином в сочетании с комплексом реанимационных мероприятий.

Для вакцинации используют антирабическую вакцину и, при необходимости, антирабический иммуноглобулин. Совместное применение этих препаратов позволяет свести к минимуму риск заболевания при укусах опасной локализации.

Иммунопрофилактика бешенства может быть:

Лечебно - профилактической проводится при контакте и укусах людей больными бешенством животными, животными с подозрением на заболевание бешенством, дикими или неизвестными животными. Желательно вводить препарат в течение первых суток после укуса, когда он наиболее эффективен.

Для экстренной лечебно-профилактической иммунизации противопоказания отсутствуют, учитывая прямую угрозу для жизни при развитии бешенства. Для профилактической иммунизации есть некоторые противопоказания: острые инфекционные и неинфекционные заболевания, хронические заболевания в стадии обострения или декомпенсации - прививки проводят не ранее одного месяца после выздоровления (ремиссии); аллергические реакции на предшествующее введение антирабической вакцины; сильная реакция (температура выше 40°C, отёк и гиперемия в месте введения свыше 8 см в диаметре) или осложнение на предыдущее введение препарата.

Стандартная схема иммунизации от бешенства состоит из 6 инъекций вакцины: 0-й день; 3-й, 7-й, 14-й, 30-й, 90-й дни.

Схема подбирается врачом индивидуально в зависимости от глубины и локализации укуса, давности укуса, от того, какое животное нанесло укус и имеется ли возможность наблюдать за ним.

Иммунизация может быть прервана только при наличии документального подтверждения, что животное не было заражено вирусом и осталось здоровым по истечении 10-дневного наблюдения. Прерванный курс иммунизации не даёт защиты от бешенства.

Побочные эффекты

Введение вакцины может сопровождаться местной или общей реакцией:

Местная реакция - незначительная припухлость, краснота, зуд, болезненность в месте инъекции, увеличение регионарных лимфоузлов.

Общая реакция - недомогание, головная боль, слабость, повышение температуры тела.

В редких случаях могут развиваться неврологические симптомы, в этом случае пациента необходимо срочно госпитализировать.

После введения антирабического иммуноглобулина из сыворотки крови лошади могут наблюдаться осложнения: местная аллергическая реакция, сывороточная болезнь, анафилактический шок.

Антитела появляются через 3 недели после начала прививок. Поствакцинальный иммунитет становится действенным через 2 недели после окончания вакцинации. Иммунитет сохраняется примерно в течение года. Вакцинация предупреждает возникновение болезни в 96-99% случаев. Побочные явления при антирабической вакцинации наблюдаются в 0,02-0,03% случаев.

Список литературы.

1. Инфекционные болезни: национальное руководство /Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009, С. 521–529. 3) Анаэробная хирургическая инфекция. Столбняк : учеб.-метод. пособие / С. А. Алексеев, В. Г. Богдан, Ю. А. Соколов. – Минск: БГМУ, 2007. – 23 с. 4)
2. Амиреев С.А., Бекшин Ж.М., Муминов Т.А. и др. Стандартные определения случаев и алгоритмы мероприятий при инфекционных болезнях. Практическое руководство, 2-ое издание дополненное. - Алматы, 2014 г.- 638 с. 5)
3. Пройдаков М.А. Диагностика и лечение столбняка: метод.рекомендации для студентов медицинских ВУЗов / М.А. Пройдаков, Ю.М. Амбалов. – Ростов н/Д: КМЦ «НЕО-ПРИНТ», 2014. – 12 с.
4. WHO Communicable Diseases Working Group on Emergencies, Communicable Diseases Surveillance and Response, WHO Regional Office for the Americas// Current recommendations for treatment of tetanus during humanitarian emergencies, 2010. 6p.
5. Okoromah C, Lesi A. Diazepam for treating tetanus\\Cochrane Database of Systematic Reviews,2004. 8) Tiwari TSP. Manual for the Surveillance of Vaccine-Preventable Diseases. Chapter 16: Tetanus. Centers for Disease Control and Prevention. April 1, 2014; Accessed: June 16, 2016. 9) Public Health England. Tetanus: information for health professionals. June 2015. <https://www.gov.uk/> (last accessed 21 February 2017).
6. Эпизоотическая ситуация по бешенству в России (1991-2002 гг.). Сообщ.2. Эпизоотологические аспекты / Дудников С.А. Актуал.пробл.инфекц.патологии животных. -Владимир, 2003. - С. 108-112

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ КОКЛЮША

Преподаватели Трипак И.В.

Гарибян Л.Р.

г. Самара, ГБПОУ «СМК им. Н. Ляпиной»

Восприимчивость к коклюшу высока: индекс контагиозности составляет до 70%-100% у непривитых детей первого года жизни, особенно новорожденных и недоношенных. В возрастной структуре большинство заболевших составляют школьники 7 - 14 лет – до 35-40%, дети 3 - 6 лет – до 18-20%, доля детей в возрасте 1 - 2 лет – 37-38%, причем дети до 1 года составляют 20-22%. Показатели заболеваемости коклюшем существенно зависят от возраста: у детей в возрасте до 1 года они максимальные – 34,5 на 100 тысяч населения, 1-2 лет – 17,7 на 100 тысяч, 3-6 лет – 13,9 на 100 тысяч, 7-14 лет – 6,7 на 100 тысяч, 15-17 лет – 2,4 на 100 тысяч, 18 лет и старше – 0,08 на 100 тысяч населения соответствующего возраста. Несмотря на низкие показатели заболеваемости, нередки заболевания среди взрослых. В возрастной структуре доля подростков и взрослых в России составляет 5-6%, что обусловлено низкой настороженностью терапевтов и врачей общей практики. По наблюдениям, проведенным в очагах, частота заболеваний взрослых составляет до 24%.

Коклюш является типичной управляемой инфекцией. Поствакцинальный иммунитет не предохраняет от заболевания. Коклюш в этих случаях протекает в виде легких и стертых форм инфекции, которые диагностируются, в основном, ретроспективно (серологически). После перенесенного заболевания остается более длительный иммунитет. Истинная заболеваемость коклюшем значительно выше за счет недиагностированной коклюшной инфекции (легких и стертых клинических форм). Коклюш (Pertussis) – острое антропонозное инфекционное заболевание, вызываемое бактериями рода *Bordetella*, преимущественно *Bordetella pertussis*, передающееся воздушно-капельным путем, характеризующееся длительным приступообразным судорожным (спазматическим) кашлем, поражением дыхательной, сердечно-сосудистой и нервной систем. Возбудитель коклюша (*Bordetella pertussis*) – грамтрицательная гемолитическая палочка, неподвижная, не образующая капсул и спор, неустойчивая во внешней среде. Коклюшная палочка образует экзотоксин, имеющий основное значение в патогенезе и обладающий системным воздействием (гематологическое и иммуносупрессивное). Коклюшный токсин оказывает влияние на внутриклеточный обмен ионизированного кальция, обуславливает развитие судорожного компонента кашля, судорог при тяжелой форме коклюша, а также гематологических и иммунологических изменений.

Источниками инфекции являются больные (дети и взрослые) типичными и атипичными формами коклюша, а также здоровые бактерионосители. Передача возбудителя инфекции осуществляется воздушно-капельным путем посредством капелек слизи, выделяемых больным во время усиленного выдоха. Наиболее интенсивная передача возбудителя происходит при кашле. Риск инфицирования окружающих особенно велик в начале спазматического периода, далее постепенно снижается и преимущественно к 25-му дню болезни коклюшем становится незаразным. У привитых и взрослых коклюш может протекать атипично без приступообразного кашля. Заболевание протекает циклично со сменой ряда периодов.

Бактериологическое обследование следует проводить на ранних сроках заболевания (не позднее третьей недели), до начала терапии антибактериальными препаратами. В более поздние сроки и на фоне антибиотикотерапии высеваемость резко снижается. Обследование методом ПЦР нередко оказывается эффективнее бактериологического метода в более поздние сроки заболевания и на фоне лечения антибиотиками, однако максимальная эффективность метода приходится на ранние сроки (1—3 недели от начала заболевания), прием антибиотиков может привести к ложноотрицательному результату анализа. Серологическое обследование. При первичной инфекции антитела классов IgM и IgA образуются не раньше второй недели от появления клинических симптомов, спустя еще 1 неделю начинают обнаруживаться и антитела класса IgG, достигая своего максимума к 6—8 неделе, после чего их уровень снижается.

Цели лечения:

- эрадикация возбудителя (*B. pertussis*);
- купирование приступов судорожного кашля;
- предупреждение развития осложнений или их лечение, в том числе угрожающих жизни

(апноэ, коклюшная энцефалопатия, включающая гипоксический отек мозга и внутричерепные кровоизлияния).

Лечение больных с диагнозом «Коклюш» легкой и средней степени тяжести осуществляется при отсутствии противопоказаний – в амбулаторных условиях, тяжелой степени тяжести – в условиях стационара. Больных госпитализируют в боксы или маломестные палаты при условии одновременного заполнения таковых с целью профилактики суперинфицирования респираторными вирусными инфекциями, особенно детей первого года жизни.

После вакцинации образуются антитела класса IgG. Активная иммунизация в очаге не проводится. В очагах рекомендовано проведение неспецифической постконтактной профилактики и наблюдение за контактными. Пациенты с коклюшем подлежат обязательной изоляции на 25 суток от начала заболевания. На контактных детей в возрасте до 7 лет накладывается карантин сроком на 14 суток от момента изоляции больного (контактными считаются как непривитые, так и привитые против коклюша дети). В это время запрещается прием новых детей, не болевших коклюшем, и перевод из одной группы в другую. Назначают ограничительные мероприятия для данных групп (смещение расписания занятий и прогулок, запрещение посещений общих мероприятий). С целью раннего выявления кашляющих (больных) в очаге коклюша проводят ежедневное медицинское наблюдение за контактными детьми и взрослыми. Дети старше 7 лет разобщению не подлежат.

Дезинфекцию (текущую и заключительную) не проводят, достаточно проветривания и влажной уборки помещения.

Порядок снятия ограничений: выписка в детский коллектив реконвалесцентов коклюша осуществляется при клиническом выздоровлении на основании осмотра врачом. При отсутствии осложнений в реабилитации и диетических ограничениях не нуждаются. Освобождаются от занятий физической культурой после выздоровления сроком на 2 недели. Медицинский отвод от прививок на 1 месяц.

В соответствии с приказом Минздрава России от 06.12.2021 №1122-н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок», все вакцины используются на основании инструкций по их применению. Вакцины против коклюша могут вводиться в один день с другими вакцинами национального календаря и календаря по эпидемическим показаниям (кроме вакцин для профилактики туберкулеза) в один день разными шприцами в разные участки тела.

В России курс вакцинации состоит из 3 доз (3, 4,5 и 6 мес) + ревакцинация через год после 3-й дозы.

АКДС (цельноклеточная) – вакцинация и ревакцинация против коклюша, дифтерии и столбняка от 3 месяцев до 3 лет 11 месяцев 29 дней.

Пентаксим (ацеллюлярная) – вакцинация и ревакцинация от коклюша, дифтерии, столбняка, полиомиелита и гемофильной инфекции от 3 месяцев до 5 лет 11 месяцев 29 дней.

Адасель – ревакцинация против столбняка, дифтерии и коклюша от 4 до 64 лет.

Оптимальной стратегией по снижению заболеваемости и смертности, предотвращению экономических потерь от коклюшной инфекции является:

- о максимальный своевременный охват профилактическими прививками детей первых двух лет жизни, в сроки, декретированные национальным календарём профилактических прививок (в 3-4,5-6-18 мес.) догоняющая иммунизация для детей, не привитых своевременно;
- о поэтапное внедрение в практическое здравоохранение возрастных ревакцинации против коклюша детей в 6-7 лет, 14 лет, подростков и взрослых с 18 лет – каждые 10 лет с момента последней ревакцинации.

Трудности клинической диагностики коклюша на ранних стадиях заболевания, отсутствие обследования всех длительно (свыше 7 дней) кашляющих или его проведение на поздних сроках заболевания, а также после продолжительного лечения антибактериальными

препаратами приводит к низкому проценту выявляемости возбудителя инфекции. Уровень бактериологического подтверждения диагноза составляет 10—20 %. Современные методы исследования позволяют проводить раннюю диагностику заболевания (ПЦР) и существенно облегчают постановку диагноза (ПЦР, ИФА).

Таким образом, коклюш в нашей стране требует пристального внимания со стороны специалистов различных специальностей. Своевременная и качественная лабораторная диагностика коклюшной инфекции позволит избежать ошибок в постановке диагноза и будет способствовать эффективной терапии.

Список литературы:

1. Федеральный закон от 17.09.1998 №157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» (Принят Государственной Думой 17 июля 1998 года, одобрен Советом Федерации 4 сентября 1998 года).
2. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28 января 2021 г. № 4 "Об утверждении санитарных правил и норм СанПиН 3.3686 – 21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней».
3. Приказ Минздрава РФ от 6.12.2021 № 1122Н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок» (Зарегистрировано в Минюсте России 20.12.2021 № 66435)
4. Методические указания МУ 3.1.2.4066-24 «Эпидемиологический надзор за коклюшной инфекцией» (утв. Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека 28 сентября 2024 г.)
5. Клинические рекомендации. Коклюш у детей. 2021

ВАКЦИНАЦИЯ - ЭФФЕКТИВНЫЙ СПОСОБ ЗАЩИТЫ ОТ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Преподаватель Шабай С.А.

г. Бирск, ГАПОУ РБ «Бирский медико-фармацевтический колледж»

Вакцинация - это простой, безопасный и эффективный способ защиты от болезней до того, как человек вступит в контакт с их возбудителями. Вакцинация задействует естественные защитные механизмы организма для формирования устойчивости к ряду инфекционных заболеваний и делает вашу иммунную систему сильнее.

Иммунопрофилактика направлена на создание иммунитета к возбудителю инфекционного заболевания или его антигенам, а также патогену для предупреждения возможного заболевания путем формирования невосприимчивости к ним организма.

Только благодаря вакцинопрофилактике на земном шаре удалось ликвидировать натуральную оспу, полиомиелит на большинстве континентов, резко снизить заболеваемость корью, эпидемическим паротитом, краснухой.

Роль медицинской сестры в иммунопрофилактике заключается в организации и проведении профилактических мероприятий, в том числе вакцинации.

Некоторые обязанности медицинской сестры в этой сфере:

- **регулирование приёма** лиц, подлежащих вакцинации, с различных участков поликлиники;
- **проверка и подготовка** для врача-иммунолога медицинской документации лиц, направленных в кабинет для консультации;
- **ведение регистрации** проконсультированных пациентов, проведённых прививок и поствакцинальных осложнений;
- **заполнение** прививочного сертификата и справок о проведённых прививках;

- **оформление** направлений на консультации к специалистам, для лабораторных обследований, на госпитализацию;
- **заказ, получение и хранение** необходимых медикаментов, перевязочных средств, инструментария;
- **проведение** иммунизации по назначению участковых врачей и врача кабинета, обеспечение информации о времени проведения прививок;
- **участие** в работе выездных бригад в качестве сестры-вакцинатора.
- **ответ** за соблюдение температурного режима и правильность хранения вакцинальных препаратов в прививочном кабинете;
- **участие** в санитарно-просветительной работе с населением, предоставление информации о важности иммунизации для здоровья.

Как и болезни, вакцины тренируют иммунную систему выработке специфических антител. Однако вакцины содержат только убитые или ослабленные формы возбудителей той или иной болезни - вирусов или бактерий, - которые не приводят к заболеванию и не создают риска связанных с ним осложнений [1].

Она активирует иммунную систему для выработки антител против конкретных возбудителей болезней.

Преимущества вакцинации:

- для личного здоровья - защита от тяжёлых заболеваний, снижение риска госпитализации и смерти;
- для общества - формирование коллективного иммунитета, предотвращение эпидемий.

Однако ни одна вакцина не обеспечивает абсолютную защиту.

Вакцина провоцирует иммунный ответ организма:

- иммунная система распознаёт возбудителя болезни (вирус или бактерию);
- начинает производство антител - белков, которые естественным образом вырабатываются иммунной системой для борьбы с заболеванием;
- запоминает возбудителя, чтобы бороться с ним в будущем. Если этот возбудитель вновь попадёт в организм, иммунная система быстро уничтожит его, не допустив развития болезни.

Некоторые механизмы действия вакцинации:

- выработка антител - иммунная система, «обученная» вакциной, распознаёт возбудителя и начинает синтез антител;
- формирование клеток памяти - эти клетки остаются живыми даже после того, как антитела уничтожают патоген. При повторном контакте с патогеном они сразу же начинают производить нужные антитела, и иммунная система получает возможность отреагировать незамедлительно.

Для защиты от различных заболеваний используют разные виды вакцин, например:

- живые (аттенуированные) - содержат ослабленный вирус или бактерию, «обучают» иммунитет почти как настоящая инфекция, но без реальной болезни. Примеры: вакцины против кори, краснухи, эпидемического паротита;
- инактивированные - содержат убитые вирусы или бактерии, организм «видит» мёртвого возбудителя и учится на нём, не рискуя заболеть. Примеры: вакцины от полиомиелита, гепатита А, бешенства, клещевого энцефалита.

Вакцинацию можно проводить разными способами: внутримышечная инъекция, подкожная и внутрикожная инъекция, пероральный способ введения, аэрозольный интраназальный.

В России действует Национальный календарь профилактических прививок - законодательно закреплённая последовательность необходимых прививок в рамках массовой вакцинации.

Национальный календарь включает вакцинацию от туберкулёза, полиомиелита,

коклюша, дифтерии, столбняка, кори, краснухи, эпидемического паротита, гепатита В, гриппа, гемофильной инфекции, пневмококковой инфекции. В регионах список заболеваний, против которых проводится вакцинация, может быть расширен региональным календарём.

Перед вакцинацией необходимо проконсультироваться с врачом, чтобы убедиться в отсутствии противопоказаний. Некоторые противопоказания:

- сильная реакция на предыдущую вакцинацию (температура выше 40 градусов, заметный отёк и гиперемия более 8 см в месте укола);
- анафилактические и аллергические реакции на какой-то из компонентов вакцины;
- иммунодефицитное состояние, злокачественные опухоли, беременность (для живых вакцин).

Относительные противопоказания временные, которые обычно отменяют после исчезновения их причин. Типичные основания для временной отмены вакцинации: возможный контакт с заражённым человеком или близость к очагу эпидемии, любые заболевания в острой фазе, обострение хронических болезней.

Без вакцинации мы подвергаемся риску серьезных заболеваний, таких как корь, менингит, пневмония, столбняк и полиомиелит. Многие из этих болезней опасны для жизни. По оценкам ВОЗ, только детские вакцины спасают более 4 миллионов жизней каждый год.

Несмотря на то, что некоторые заболевания становятся менее распространенными, их возбудители продолжают циркулировать в некоторых или во всех регионах мира. В современном мире инфекционные заболевания могут легко пересекать границы и заражать любого человека, у которого отсутствует к ним иммунитет.

Вакцинироваться следует из двух главных соображений: вакцинация позволяет защитить себя и защитить окружающих. Поскольку некоторым людям – например, новорожденным и людям, больным тяжелыми заболеваниями или имеющим определенные виды аллергии, – прививки могут быть противопоказаны, их защита от болезней, предотвратимых с помощью вакцин, зависит от наличия прививок у окружающих.

ВОЗ работает над обеспечением того, чтобы все люди во всем мире были защищены с помощью безопасных и эффективных вакцин. С этой целью мы помогаем странам создавать надежные системы безопасности вакцин и применять строгие международные стандарты для их регулирования.

Вместе с учеными из разных стран мира эксперты ВОЗ осуществляют постоянный мониторинг в целях сохранения безопасности вакцин. Мы также сотрудничаем с партнерами для оказания содействия странам в проведении исследований в случае возникновения потенциальных проблем и информировании о таких случаях.

Вакцинация безопасна и обычно вызывает незначительные и временные побочные эффекты, например, боль в руке или небольшое повышение температуры тела. Возможны и более серьезные побочные эффекты, однако они встречаются крайне редко.

Любая лицензированная вакцина перед выдачей разрешения на ее использование проходит тщательную проверку в рамках нескольких фаз клинических исследований, а после внедрения является объектом регулярной оценки. Ученые также постоянно отслеживают поступающую из ряда источников информацию на предмет обнаружения признаков того, что та или иная вакцина может представлять опасность для здоровья [2].

Необходимо помнить, что риск причинения серьезного вреда здоровью в результате предотвратимого с помощью вакцин заболевания гораздо выше, чем риск, связанный с вакцинацией. Так, столбняк может вызывать острейшие боли, судороги и тромбозы, а корь может привести к энцефалиту (инфекции головного мозга) и слепоте. Многие заболевания, предотвратимые с помощью вакцин, могут даже закончиться смертельным исходом. Преимущества вакцинации значительно превосходят риск, и без вакцин в мире происходило бы на порядок больше случаев болезни и смерти [3].

Прививки защищают от тяжёлого течения болезней, уменьшают риск госпитализации и помогают сохранить здоровье близких, включая новорождённых и людей со сниженным иммунитетом. Следование календарю прививок и сезонной вакцинации против гриппа -

простой способ предотвратить опасные инфекции и лишние расходы на лечение. Каждая сделанная прививка укрепляет общую коллективную защиту населения и сокращает вероятность эпидемий.

Некоторые навыки, необходимые медицинской сестре для работы в иммунопрофилактике:

– **владение техникой иммунизации.** Сестра должна уметь выполнять правила безопасной иммунизации, использовать для прививки только одноразовые шприцы и иглы, соблюдать дозу, метод и место введения препарата.

– **оценка состояния пациента перед вакцинацией.** Необходимо удостовериться, что можно безопасно прививать человека. Для этого нужно уточнить возраст пациента и его соответствие Национальному календарю профилактических прививок.

– **информирование пациентов** о сделанной прививке и необходимости обращения за медицинской помощью при возможных реакциях на неё.

– **наблюдение за привитыми пациентами** в течение 30 минут около прививочного кабинета. Нужно оказывать первичную доврачебную медицинскую помощь в случае развития немедленных (сильных) реакций.

– **соблюдение санитарно-эпидемиологического режима** в прививочном кабинете.

– **соблюдение требований к хранению и использованию лекарственных средств, техники безопасности** при работе с медицинским оборудованием и инструментарием.

– **ведение медицинской и учётно-отчётной документации**, в том числе с использованием информационных технологий.

Также для работы в иммунопрофилактике медицинской сестре необходимы знания об организационных основах прививочного дела, требованиях к проведению прививок, противопоказаниях к вакцинации и других аспектах.

Таким образом, работа медицинской сестры в иммунопрофилактике способствует поддержанию здоровья общества и предотвращению распространения инфекционных заболеваний.

Список литературы:

1. URL: rniimp.ru82.gospotrebnadzor.ru (дата обращения 30.01.2026)

2. ФБУН Ростовский НИИ микробиологии и паразитологии
URL: <https://rniimp.ru/news/vakcinaciya-kak-naibolee-effektivnyy-metod-profilaktiki-infekcionnyh-zabolevaniy> (дата обращения 01.02.2026)

3. ГБУЗ НИКИО им. Л.И.Свержевского ДЗМ URL: <https://nikio.ru/news> (дата обращения 01.02.2026)