

Научно-исследовательская работа на тему:

ОЦЕНКА 90 БАЛЛОВ
ВВ САМОХВАЛОВА



**«Особенности работы медицинской сестры в
прививочном кабинете»**

Выполнил:
Обучающийся 3 курса 2 группы
педиатрического факультета
Джумашева Яна Сергеевна

Волгоград 2018г.

Оглавление

Введение	2
Цель научно-исследовательской работы	2
Задачи исследования	2
Основные определения и понятия	3
Теоретическая часть научно-исследовательской работы.....	3
Оснащение прививочного кабинета.....	3
Документальная база прививочного кабинета	6
Транспортировка и хранение МИБП	7
Проведение иммунизации	9
Пути и методы введения вакцин.....	10
Особенности вакцинопрофилактики у детей	14
Санитарно-гигиенического режим в прививочном кабинете.....	15
Роль медицинского персонала при проведении иммунопрофилактических мероприятий.....	16
Собственное исследование	16
Выводы	18
Список литературы.....	19

Введение

Профилактические прививки представляют собой метод иммунизации человека против определенных инфекционных заболеваний, в ходе которого в организм вводятся различные частицы, способные привести к выработке устойчивой невосприимчивости к патологии. Все профилактические прививки предполагают введение вакцины, которая представляет собой иммунобиологический препарат.

Прививки - массовое мероприятие, для которого необходимо специализированное помещение и медицинский персонал, также важно соблюдение санитарно-гигиенических требований к проведению иммунизации.

Для этого в детских поликлиниках имеются прививочные кабинеты, осуществляющие иммунопрофилактику детских инфекций. Работают в кабинете медсестры, специально обученные технике проведения прививок и приемам неотложной помощи при поствакцинальных осложнениях.

Цель научно-исследовательской работы

Изучить работу медицинской сестры в прививочном кабинете

Задачи исследования

- 1) Ознакомится с:
 - ❖ оснащением прививочного кабинета,
 - ❖ документацией,
 - ❖ условиями хранения медицинских иммунобиологических препаратов
 - ❖ техникой проведения инъекций,
 - ❖ методами соблюдения санитарно-гигиенического режима в кабинете;
- 2) Проанализировать роль медицинской сестры при работе в прививочном кабинете

Основные определения и понятия

Иммунопрофилактика детей и взрослых — это метод индивидуальной или массовой защиты населения от инфекционных заболеваний путем создания или усиления искусственного иммунитета.

Иммунитет-это иммунологический надзор организма, его способ защиты от различных антигенов, несущих на себе признаки генетически чужеродной информации. Проникновение (или введение при вакцинации) микробных или вирусных антигенов вызывает иммунный ответ, являющийся высокоспецифической реакцией организма. Главная роль в развитии приобретенного иммунитета принадлежит клеткам лимфоидной системы-Т - и В-лимфоцитам. В иммунных реакциях принимают участие и другие популяции клеток, и неспецифические факторы защиты (лизоцим, комплемент, интерферон, пропердин и др.)

МИБП – медицинские иммунобиологические препараты, предназначенные для формирования активного или пассивного иммунитета либо диагностики наличия иммунитета или диагностики специфического приобретенного изменения иммунологического ответа на алергизирующие вещества. К МИБП относятся только вакцины, анатоксины, сыворотки, иммуноглобулины и алергены. К МИБП не относятся пробиотики (синоним – эубиотики), средства, содержащие непатогенные бактерии и нормализующие микрофлору организма человека.

Рециркулятор – это прибор для очистки и обеззараживания воздуха. Воздух из помещения поступает в рециркулятор, внутри него проходит очистку и подается обратно в помещение – другими словами, проходит по кругу, циркулирует.

Теоретическая часть научно-исследовательской работы

Оснащение прививочного кабинета

Прививочный кабинет должен быть разделен на 2 части: функциональную и процедурную. В функциональной части (она может быть как отдельным кабинетом, так и небольшим блоком внутри уже имеющегося) хранится необходимая паспортная и текущая документация. В процедурной части осуществляется непосредственное проведение вакцинации.

- холодильник с маркированными полками для хранения вакцин;
- шкаф для инструментов и средств: для противошоковой терапии, аптечка «Анти СПИД», нашатырный спирт, этиловый спирт, смесь эфира со спиртом;
- Стандартный и дополнительный инструментарий: резиновые перчатки, необходимый набор шприцов разной емкости и разных игл к ним, электроотсос, несколько резиновых жгутов, стерильные пинцеты, корнцанги, шпатели.
- емкости для дезинфицирующих растворов и сброса использованных инструментов;
- биксы со стерильным материалом;
- ножницы, пинцеты, почкообразные лотки;
- пеленальный столик и медицинская кушетка;
- стол для хранения документации, записей
- раковина для мытья рук;
- холодильник, предназначенный только для хранения вакцин с 2 термометрами и хладоэлементами;
- маркированные столы для подготовки препаратов к применению
- бактерицидная лампа
- медицинская урна для мусора с закрывающейся крышкой

В состав аптечки ЛПУ в процедурном кабинете включается несколько комплектов для оказания первой неотложной помощи:

- Противошоковый комплект
- Комплект Антивич (Антиспид)
- Комплект при гипертоническом кризе
- Комплект при коллапсе
- Комплект при стенокардии, инфаркте
- Комплект при обмороке
- Комплект при бронхиальной астме

Противошоковый комплект в ЛПУ предназначен для оказания первой неотложной медицинской помощи пострадавшему в случае внезапного развития тяжелой аллергической (анафилактической) реакции.

Причинами развития реакции в процедурном кабинете могут быть:

- введение медицинских препаратов, на которые у пациента может быть непереносимость.
- введение вакцины
- переливание крови

Состав противошокового комплекта:

1. Супрастин 2% -2,0 мл — №5
2. Эпинефрин 0,1% — 1,0 мл — №10
3. Эуфиллин 2,4%-10,0 мл- №10
4. Преднизолон 25 или 30 мг 1,0 мл — №10

Состав комплекта Антивич (Антиспид):

1. Йод р-р спиртовой
2. Бацилол
3. Медицинский спирт
4. Вата
5. Бинт
6. Пипетка
7. Ножницы
8. Мыло
9. Перчатки стерильные

Комплект Антивич (Антиспид) применяется в следующих ситуациях:

- Попадание чужой крови на слизистые глаз, рта, носа.
- Попадание чужой крови на рану.
- Случайное ранение использованным шприцом, скарификатором, скальпелем и т.д.

Для просмотра более подробной информации о комплекте Антивич перейдите по ссылке: [Состав и применение Аптечки Антиспид по санпин.](#)

Комплект при гипертоническом кризе:

1. Магния сульфат 25% 5,0мл.-1уп.
2. Дибазол 0,5% 2,0 мл- №10
3. Папаверин гидрохлорид 2% 2,0 мл- №10
4. Каптоприл 25 мг- 10таб. (после приема следует контролировать АД 4-5 часов)
5. Нитроглицерин 0,5 мг 40 тб.
6. Физиотенс 0,4мг 10тб.
7. Фуросемид ампулы
8. Тахибен ампулы

Комплект при коллапсе:

1. Кордиамин 2мл — №10
2. Преднизолон 25 — 1мл — №10
3. Раствор Глюкозы 5% 10мл.- №10
4. Кофеин бенз.натрия 10% -1мл.- №10
5. Раствор натрия хлорида 0,9%-10мл.- №10.

Комплект при стенокардии, инфаркте:

1. Нитроглицерин таб. 0,5 мг №40
2. Баралгин 5,0.- №5
3. Строфантин (в случае серд. недостаточности)

Комплект при обмороке:

1. Раствор Аммиака – 1 флакон
2. Кофеин бенз.натрия 10% -1мл.- №10
3. Кордиамин 2мл — №10

Комплект при бронхиальной астме:

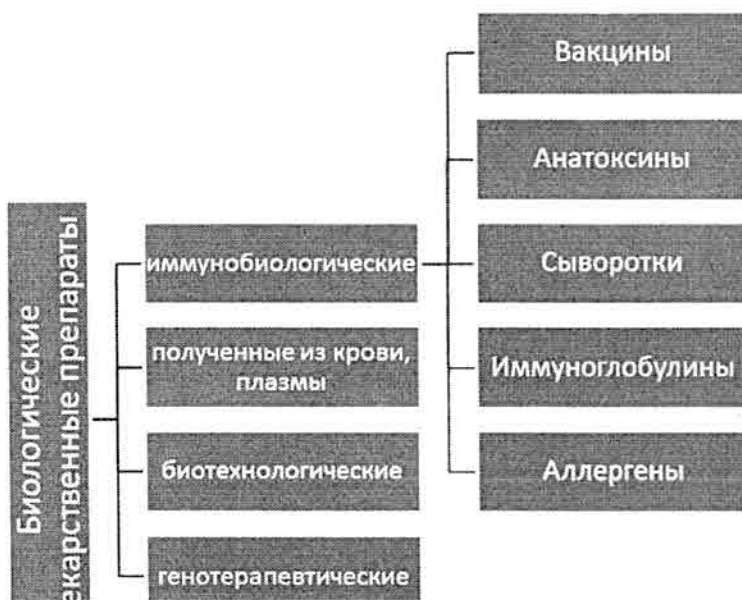
1. Сальбутамол аэр. – 1 шт.
2. Преднизолон 25 или 30 мг 1,0 мл — №10
3. Эуфиллин 2,4%-10,0 мл- №10

Документальная база прививочного кабинета

Если медицинское учреждение маленькое, то зачастую процедурный кабинет совмещает в себе прививочные функции. Иными словами, в нем проводится не только плановая вакцинация, но и осуществляется постановка необходимых лекарственных средств, назначаемых врачом (антибиотиков, витаминных и иных). В этом случае разные виды вакцинации осуществляются по времени или по определенным дням, отведенным на каждый подвид. Любое действие медицинской сестры должно быть закреплено и отражено в соответствующем журнале учета медицинских процедур.

Оснащение нормативной документацией прививочного кабинета поликлиники:

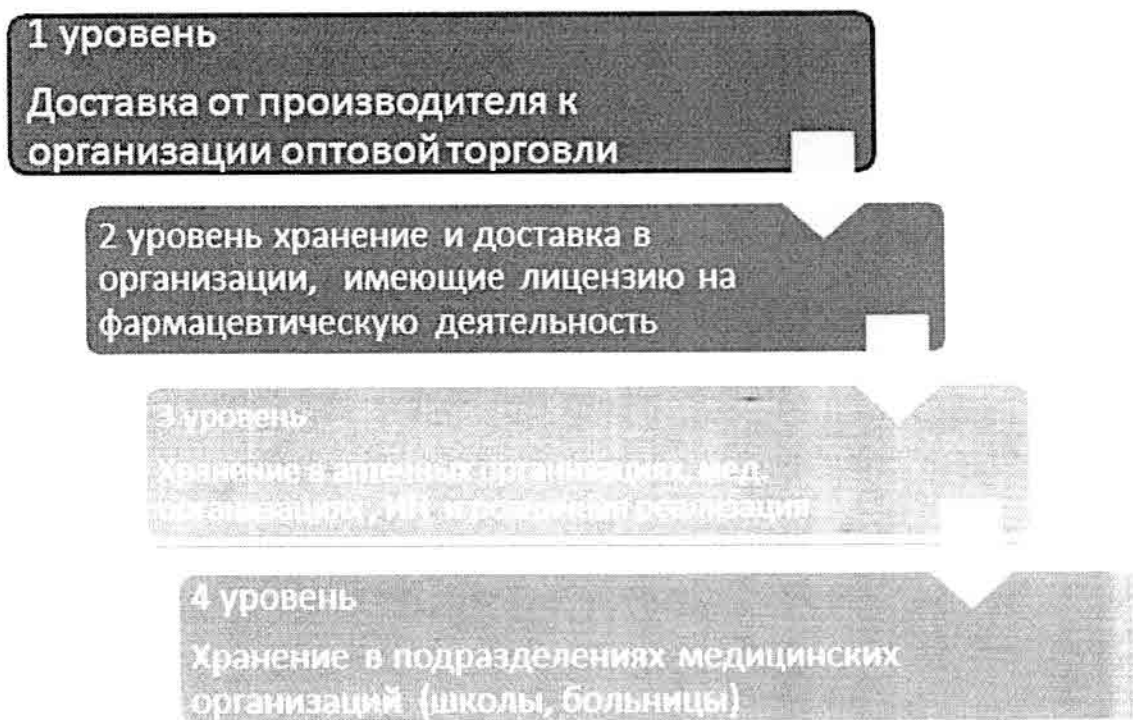
- Календарь планирования и ведения прививок для каждой возрастной группы населения в строго отведенные для этих мероприятия календарные сроки, а также в экстренные сроки, объявленные государственными органами в связи с превышением эпидемического порога по данной инфекции.
- Календарь профилактических прививок для сотрудников данного медицинского учреждения как в общепринятом порядке, так и в частном индивидуальном случае (действие прививки закончено согласно данным индивидуальной медицинской книжки).
- Журнал планового учета всех манипуляций, проводимых в данном медицинском кабинете, включая прививки (ф. 112/у, 025-1/у, 025/у, 026/у и иные, установленные учреждением отдельно).
- Журнал списания истраченных средств (шприцы, иглы, ампулы и др.).
- Журнал получения расходных средств.
- Журнал учета получения спиртосодержащих продуктов.
- Журнал учета расхода дополнительных лекарственных средств (если прививочный кабинет совмещен с процедурным).
- Журнал проведения вакцинации по каждой категории вакцин, с учетом оставшихся средств.
- Журнал проводимых текущих и генеральных уборок в процедурном (прививочном) кабинете.
- Журнал работы бактерицидной лампы.
- Журнал состояния работы холодильных установок.
- Комплект инструкций по вакцинным и медицинским препаратам (в идеале отдельная папка).
- Справочники по иммунизации.
- Справочники по педиатрии.
- Справочники медицинской сестры.



Транспортировка и хранение МИБП

Иммунобиологические лекарственные препараты — лекарственные препараты, предназначенные для формирования

активного или пассивного иммунитета либо диагностики наличия иммунитета или диагностики специфического приобретенного изменения иммунологического ответа на аллергизирующие вещества. В различных официальных источниках эти лекарственные средства именуется также аббревиатурой МИБП – медицинские иммунобиологические препараты. Особенностями работы с данной группой препаратов является их движение с обязательным соблюдением температурного режима, то есть по «холодовой цепи».



Из четырёх уровней "холодовой цепи" на первом уровне находится движение МИБП от производителя к организации оптовой торговли лекарственными средствами, на втором - движение от дистрибьютора к аптечным учреждениям, на третьем - хранение в аптечных организациях и реализация МИБП. Четвёртый уровень к деятельности аптек не относится - это хранение МИБП в прививочных кабинетах школ, санаториев и т.п.

Для обеспечения требуемой температуры используется специальное холодильное оборудование, для контроля отклонений температурного режима применяются термоиндикаторы, а также ведутся записи в журнал учета поступления и расхода вакцин.

Хранение иммунобиологических лекарственных препаратов должно осуществляться при температуре не выше 8 °С. К каждой упаковке

иммунобиологического лекарственного препарата в холодильнике должен быть обеспечен доступ охлажденного воздуха. Не допускается совместное хранение в холодильнике иммунобиологических лекарственных препаратов с другими лекарственными средствами.

Контроль над хранением вакцин должен осуществлять один человек. Все жидкие вакцины, кроме ОПВ, должны располагаться на нижних полках холодильника (эти вакцины ни в коем случае нельзя замораживать). Все лиофилизированные вакцины и ОПВ должны помещаться на верхних полках, обычно напротив испарителя. Рекомендуется оставлять между испарителем и упаковкой с вакциной расстояние не менее 5 сантиметров. Для поддержания порядка, вакцины должны располагаться в холодильнике по видам. Между ними должно оставаться достаточное расстояние, чтобы определить порядок, в котором их помещают в холодильник и вынимают из него.

Проведение иммунизации

Перед проведением прививки медицинская сестра обязана:

проверить наличие заключения врача (педиатра, терапевта) о состоянии здоровья лица, пришедшего на прививку; а также об отсутствии противопоказаний к введению вакцины;

вымыть руки;

сверить наименование препарата на ампуле (флаконе) с назначением врача;

провести необходимые процедуры по подготовке препарата (встряхивание сорбированной вакцины, обработка и вскрытие ампулы с соблюдением правил антисептики, растворение лиофилизированного препарата и др.) согласно инструкции по его применению.

Не подлежат использованию вакцины:

с несоответствующими физическими свойствами; с нарушением целостности ампул;

с неясной или отсутствующей маркировкой на ампуле (флаконе); с истекшим сроком годности;

хранившиеся с нарушением температурного режима.

При проведении иммунизации необходимо обеспечить:

правильную обработку места введения препарата (например, при подкожной и внутримышечной инъекциях – 70% спиртом); использование только одноразовых шприцов и игл;

дозировку препарата, метода и места его введения.

Пинцеты для взятия стерильного материала хранят в емкости с 0,5% раствором хлорамина или 1% водным раствором хлоргексидина биглюконата (растворы меняют ежедневно, емкость и пинцет при этом стерилизуют).

После проведения прививки следует:

поместить в холодильник ампулу (флакон) при многократной расфасовке препарата с соблюдением условий и сроков его хранения;

сделать запись о проведенной прививке в медицинской документации (ф. 112/у, ф.026/у, ф. 025-1/у, ф. 025/у, а также в журнале регистрации профилактических прививок по видам вакцин) и "Сертификате о профилактических прививках" (ф. 156/у-93), находящемся на руках у граждан с указанием наименования введенного препарата, даты его введения, дозы и серии;

проинформировать привитого (или его родителей) о возможных реакциях на прививку и доврачебной помощи при них, необходимости обращения за медицинской помощью при появлении сильной или необычной реакции;

осуществлять наблюдение за привитыми непосредственно после введения препарата в течение срока, определенного инструкцией по его применению;

Пути и методы введения вакцин

1. Пероральный (т.е. через рот). Классическим примером пероральной вакцины является ОПВ – живая полиомиелитная вакцина. Обычно таким образом вводятся живые вакцины, защищающие от кишечных инфекций (полиомиелит, брюшной тиф). Впрочем, сейчас разрабатываются пероральные вакцины, которые будут защищать не только от кишечных инфекций – вакцина против ВИЧ-инфекции на бактериальном носителе (сальмонелла).

Техника пероральной вакцинации: несколько капель вакцины закапываются в рот. Если вакцина имеет неприятный вкус, ее закапывают либо на кусочек сахара, либо печенье.

Преимущества такого пути введения вакцины очевидны: для такой вакцинации не требуется специального образования и подготовки, простота метода, его быстрота, экономия на привлечении квалифицированного персонала.

Недостатками перорального введения вакцин следует считать разлив вакцины, неточность дозировки вакцины (часть препарата выводится с

калом, не сработав), экономические потери на необходимости повторных введений вакцины и ее разливе.

2. Аэрозольный, интраназальный (т.е. через нос). Считается, что подобный путь введения вакцин улучшает иммунитет во входных воротах воздушно-капельных инфекций (корь, грипп, краснуха) за счет создания иммунологического барьера на слизистых оболочках. В то же время, созданный таким образом иммунитет не является стойким, и в то же время общий (т.н. системный) иммунитет может оказаться недостаточным для борьбы с уже проникшими через барьер на слизистых в организм бактериями и вирусами.

Типичным примером интраназальной вакцины является одна из отечественных противогриппозных вакцин.

Техника аэрозольной вакцинации: несколько капель вакцины закапываются в нос либо распыляются в носовых ходах с помощью специального устройства.

Преимущества такого пути введения вакцины очевидны: как и для пероральной вакцинации, для аэрозольного введения не требуется специального образования и подготовки; такая вакцинация создает отличный иммунитет на слизистых оболочках верхних дыхательных путей.

Недостатками перорального введения вакцин следует считать существенный разлив вакцины, потери вакцины (часть препарата попадает в желудок), недостаточный общий иммунитет.

3. Внутрикожный и подкожный. Классическим примером вакцины, предназначенной для внутрикожного введения, является БЦЖ. Примерами вакцин с внутрикожным введением являются живая туляремиальная вакцина и вакцина против натуральной оспы. Как правило, внутрикожно вводятся живые бактериальные вакцины, распространение микробов из которых по всему организму крайне нежелательно. Однако в последнее время, внутрикожное введение вакцин в ряде стран стало использоваться в целях экономии вакцины (для такой вакцинации требуется меньший объем вакцины) – так, к примеру, в некоторых странах прививают против бешенства. И ВОЗ, идя навстречу пожеланиям медработников, разработало рекомендации по внутрикожному введению антирабических вакцин. Для других вакцин, кроме названных, внутрикожный путь введения пока не рекомендован.

Техника: традиционным местом для подкожного введения вакцин является либо плечо (над дельтовидной мышцей), либо предплечье – середина между запястьем и локтевым сгибом. Для внутрикожного введения должны использоваться специальные шприцы со специальными, тонкими иглами. Иголку вводят вверх срезом, практически параллельно поверхности кожи, оттягивая кожу вверх. При этом необходимо убедиться, что игла не проникла под кожу. О правильности введения будет свидетельствовать образование

специфической «лимонной корочки» в месте введения – белесый оттенок кожи с характерными углублениями на месте выхода протоков кожных желез. Если «лимонная корочка» не образуется во время введения, значит вакцина вводится неверно.

Преимущества: низкая антигенная нагрузка, относительная безболезненность.

Недостатки: довольно сложная техника вакцинации, требующая специальной подготовки. Возможность неправильно ввести вакцину, что может привести к поствакцинальным осложнениям.

4. Внутрικοжная инъекция – самая поверхностная из инъекций. С диагностической целью вводят от 0,1 до 1 мл жидкости. Место для внутрικοжной инъекции - передняя поверхность предплечья.

Для проведения внутрικοжной инъекции необходима игла длиной 2-3 см с малым просветом. В основном используют ладонную поверхность предплечья, а при новокаиновых блокадах другие участки тела.

Перед внутрικοжной инъекцией медицинской сестре необходимо вымыть руки и надеть резиновые перчатки. Место предполагаемой внутрικοжной инъекции обрабатывают ватным шариком, смоченным 70 спиртом, делая мазки в одном направлении. Натянуть кожу в месте внутрικοжной инъекции и вколоть иглу в кожу срезом вверх, затем продвинуть на 3-4 мм, выпуская небольшое количество лекарственного вещества. На коже появляются бугорки, которые при дальнейшем введении лекарства превращаются в «лимонную корочку». Иглу извлекают не прижимая место внутрικοжной инъекции ватой.

После внутрικοжной инъекции отработанные шприцы и иглы промывают в дезрастворе, используя две ёмкости: одну с свежеприготовленным дезраствором, откуда в шприц для обеззараживания набирают дезраствор, вторую – промежуточную, куда сливают с шприца дезраствор. Далее, в третьей ёмкости накапливают отработанные шприцы. После последней инъекции отработанные шприцы и иглы заливают свежеприготовленным дезраствором, выдерживая соответствующее время экспозиции (в зависимости от применяемого дезсредства). Шприцы и иглы многоразового использования после дезинфекции промывают под проточной водой, с последующим использованием моющего раствора и дальнейшей стерилизацией в стерилизационном отделении. Одноразовые шприцы после дезинфекции утилизируют. Отработанные ватные шарики накапливают в специально промаркированной ёмкости для отработанных ватных шариков и заливают свежеприготовленным дезраствором, выдерживая соответствующее время экспозиции.

5. Внутримышечный путь введения вакцин. Наиболее предпочтительный путь для введения вакцин. Хорошее кровоснабжение мышц гарантирует и

максимальную скорость выработки иммунитета, и максимальную его интенсивность, поскольку большее число иммунных клеток имеет возможность «познакомиться» с вакцинными антигенами. Удаленность мышц от кожного покрова обеспечивает меньшее число побочных реакций, которые в случае внутримышечного введения сводятся лишь к некоторому дискомфорту при активных движениях в мышцах в течение 1-2 дней после вакцинации.

Место введения: вводить вакцины в ягодичную область крайне не рекомендуется. Во-первых, иглы шприц-доз большинства импортных вакцин недостаточно длинны (15 мм) для того, чтобы достичь ягодичной мышцы, в то время, как известно, и у детей, и у взрослых кожно-жировой слой может иметь значительную толщину. Если вакцина вводится в ягодичную область, то она по сути вводится подкожно. Следует также помнить о том, что любая инъекция в ягодичную область сопровождается определенным риском повреждения седалищного нерва у людей с анатомическими особенностями его прохождения в мышцах.

Предпочтительным местом введения вакцин у детей до 3 лет является передне-боковая поверхность бедра в средней его трети. Это объясняется тем, что мышечная масса в этом месте значительна при том, что подкожно-жировой слой развит слабее, чем в ягодичной области (особенно у детей, которые еще не ходят).

У детей старше двух лет и взрослых предпочтительным местом введения вакцин является дельтовидная мышца (мышечное утолщение в верхней части плеча, над головкой плечевой кости), в связи с небольшой толщиной кожного покрова и достаточной мышечной массой для всасывания 0,5-1,0 мл вакцинного препарата. У детей младших возрастов это место введения вакцин не используется в связи с недостаточным развитием мышечной массы и большей болезненностью.

Техника вакцинации: независимо от выбранного места введения вакцины внутримышечная инъекция должна быть произведена перпендикулярно, то есть под углом 90 градусов к поверхности кожи. При введении вакцины в дельтовидную мышцу инъекция производится строго сбоку, положение шприца должно быть строго горизонтальным.

Так называемая техника Z-track состоит в том, что перед инъекцией кожа сдвигается в одном из направлений и отпускается после того, как игла будет выведена. С одной стороны – прохождение иглы через натянутую кожу менее болезненно, с другой стороны, за счет смещения канала, вакцина как бы «запечатывается» в мышце.

Преимущества: хорошее всасывание вакцины и, как следствие, высокая иммуногенность и скорость выработки иммунитета. Меньшее число местных побочных реакций. Точность введенной дозы (по сравнению с внутривенным и пероральным способом введения).

Недостатки: субъективное восприятие детьми младшего возраста внутримышечных инъекций несколько хуже, чем при других способах вакцинации.

Особенности вакцинопрофилактики у детей

Необходим индивидуальный подход в деле вакцинации детей. Главная опасность проведения прививок у таких детей связана с большим риском развития осложнений вакцинального процесса (поствакцинальные реакции). Также возможно развитие обострение хронического заболевания, как вследствие действия вакцины на организм, так и просто совпавшее с прививкой по времени. Вакцинация проводится только в период ремиссии хронического заболевания. Каждый ребенок с хронической патологии перед прививкой должен быть тщательно осмотрен. Ему должны быть сделаны необходимые лабораторные исследования, подтверждающие ремиссию основного заболевания. Лучше проводить вакцинацию на фоне поддерживающей или базисной терапии (если только это не иммуносупрессоры).

При некоторых хронических заболеваниях обычный календарь прививок дополняется вакцинацией против пневмококковой инфекции (вакциной Пневмо-23) и гемофильной инфекции (АКТ-хиб). Дети со стабильной неврологической патологией (ДЦП, последствия травм, перинатальная энцефалопатия и др.) вакцинируются согласно календарю. Афебрильные судороги являются противопоказанием только для АКДС-вакцины. Для профилактики температурной реакции и уменьшения риска судорог применяется парацетамол сразу после введения АКДС и на 5-7 день после введения живых вакцин. Вакцинация детей с гемофилией проводится с осторожностью из-за опасности кровотечения (внутримышечное введение заменяют подкожным). Дети с тромбоцитопенической пурпурой в анамнезе могут быть привиты всеми вакцинами, однако введение коревой и краснушной вакцин таит в себе риск тромбоцитопении, но прививку сделать стоит, если только пурпура возникла не в связи с этим прививками. Детям с патологией печени (хронический персистирующий гепатит), рекомендуется ограниченный перечень вакцин (против дифтерии, столбняка).

Риск аллергических реакций следует учитывать при наличии у ребенка сильной аллергии на дрожжи (вакцина против гепатита В), белок куриного яйца и аминокислоты (корь, паротит, краснуха). Вакцинацию детей с аллергией проводят обязательно на фоне приема антигистаминных препаратов. При тяжелой форме бронхиальной астмы по эпидпоказаниям

дети могут быть привиты против дифтерии, столбняка, полиомиелита. Вакцинация детей с atopическим дерматитом непрерывно-рецидивирующего течения ограничена применением вакцин против дифтерии, столбняка, полиомиелита. В зависимости от длительности ремиссии перечень может быть расширен за счет применения вирусных вакцин.

Детям с иммунодефицитом (первичным или вследствие ВИЧ-инфекции) противопоказано введение живых вакцин, а ответ иммунной системы на убитые вакцины ниже по сравнению со здоровыми детьми. Таким детям требуется дополнительная вакцинация для введения препаратов против пневмококковой и гемофильной инфекций.

Часто болеющие дети нуждаются не только в полном наборе календарных вакцин, но и в дополнительных прививках вакцинами против гемофильной инфекции (до 5-летнего возраста) и против гриппа (начиная с 6-ти месячного возраста).

Санитарно-гигиенического режим в прививочном кабинете

Медицинская сестра прививочного кабинета обязана соблюдать все правила асептики и антисептики при проведении процедур, а также правила использования средств индивидуальной защиты при осуществлении сестринских манипуляций. Обеспечивает содержание процедурного кабинета в соответствии с санитарно-гигиеническими нормами.

Проводит мероприятия по соблюдению санитарно-противоэпидемического режима (влажную уборку два раза в день, режим УФ - обеззараживания и проветривание, генеральную уборку 1 раз в неделю). Генеральную уборку проводит один раз в неделю согласно графику утвержденному заведующим отделением. Для проведения генеральной уборки медсестра надевает специальную одежду и средства индивидуальной защиты (халат, шапочку, маску, резиновые перчатки), промаркированный уборочный инвентарь и чистые тканевые салфетки.

При проведении генеральной уборки дезинфицирующий раствор наносит на стены путем их протирания на высоту не менее двух метров, окна, подоконники, двери, мебель и оборудование. По окончании времени обеззараживания все поверхности отмывает чистыми тканевыми салфетками, смоченными водопроводной водой, а затем провожу обеззараживание воздуха в помещении. Использованный уборочный инвентарь обеззараживает в растворе дезинфицирующего средства

(сульфохлорантин Д 0.2%, бриллиант 2%), затем прополаскивает в воде и сушу.

Очень важен внешний вид медсестры прививочного кабинета: строгое соблюдение личной гигиены (ногти стричь коротко, применение косметики должно быть умеренным, не должны исходить резкие запахи духов, табака), халат должен быть чистым, достаточно длинным, чтобы прикрывать полностью одежду, рукава халата должны прикрывать рукава одежды, под халат необходимо одевать легко стирающуюся одежду, лучше из хлопчатобумажных натуральных тканей, волосы должны быть убраны под шапочку, обувь должна быть легко моющаяся, поддающаяся дезинфекции и позволяющая бесшумно передвигаться.

Роль медицинского персонала при проведении иммунопрофилактических мероприятий в прививочном кабинете

Медицинская сестра прививочного кабинета выполняет подкожные, внутримышечные, внутрикожные и внутривенные инъекции. После их проведения в листе назначения и в процедурном журнале производит запись о проведенной манипуляции. Также ежедневно ведёт журналы по учету, хранению и использованию МИБП. Производит контроль за соблюдением санитарных в прививочном кабинете.

Собственное исследование

Я проходила практику на базе детской клинической поликлиники № 15. Рабочее место - прививочный кабинет, расположен на 1 этаже поликлиники, состоящий из двух помещений:

1. Кабинета и медицинской сестры для приема пациентов.
2. Процедурного кабинета.

Рабочий день прививочного кабинета начинается с 8.00. Медицинская сестра обязана проверять температуры в холодильниках (соблюдение "холодовой цепи" 4 уровня) и записывает результат в журналах (проводится 2 раза в день, утром и вечером): «Журнал контроля Т режима термометров», «Журнал контроля Т режима термоиндикаторов». Затем производится текущая дезинфекция и включается рециркулятор, проверяется готовность рабочего стола: одноразовых спиртовых салфеток, лейкопластыря, шприцев, биксов.

Медсестра проводит прививки только после осмотра врача в день вакцинации, термометрии, оформления допуска к вакцинации с указанием вида прививки и ее кратности. Это необходимо и для проведения пробы Манту. Перед вакцинацией медсестра должна ознакомиться с медицинской картой ребенка, проверить наличие допуска врача к прививке, проверяет ранее полученные введения вакцины в анамнезе, кратность их, соблюдение интервалов между ними. После знакомства с документом она моет руки с мылом, затем обрабатывает кожным септиком и надевает медицинские перчатки. Обязательно сверяет наименование препарата на ампуле с назначением врача, проверяет маркировку, срок годности МИБП, целостность ампулы; визуально оценивает качество препарата (путем встряхивания сорбированных вакцин и после растворения лиофилизированных вакцин).

Проводит иммунизацию ребенка с обеспечением всех правил асептики и антисептики, используя соответствующую дозу, метод и место введения, в соответствии с инструкцией к МИБП. После введения вакцины, при многодозовой расфасовке препарата, убирает в холодильник ампулу или флакон, либо утилизирует его.

Информирует пациента и родителей (в случае их присутствия) о сделанной прививке, возможных реакциях на прививку, необходимости обращения за медицинской помощью при сильных реакциях, предупреждает о необходимости пребывания около прививочного кабинета в течение 30 мин. и наблюдает за привитым пациентом. Если реакции не было, то делает запись в журнале «Реакции нет».

Вносит запись о проведенной прививке во всех формах учета (ф. 112/у, ф. 026/у, ф. 025/у, ф. 156/у-93, журналы) с указанием необходимых сведений (ФИО пациента, дата иммунизации, место введения, название препарата, доза, серия,

контрольный номер, срок годности, для зарубежных вакцин - оригинальное название на русском языке);

Соблюдает режим хранения МИБП-4 уровень «холодовой цепи», длительность хранения медицинских иммунобиологических препаратов, ведет учет использования МИБП в прививочном кабинете (поступление, расход, остаток, списание).

В конце дня ведет учет числа выполненных вакцинаций, проводит суточный мониторинг МИБП. Составляет ежедневный, ежемесячный, ежегодный отчеты.

Выводы

Вакцинопрофилактика занимает приоритетное положение среди мер, направленных на снижение заболеваемости и смертности от инфекционных заболеваний. Весь перечень профилактических прививок для детей разрабатывается и утверждается Министерством Здравоохранения России, а затем для удобства использования оформляется в виде национального календаря.

Профилактические прививки могут проводиться в государственном лечебно-профилактическом учреждении (поликлинике), либо в специализированных центрах иммунизации населения, либо в частных клиниках, имеющих лицензию на осуществление данного вида медицинских манипуляций. Непосредственно ставятся профилактические прививки в прививочном кабинете, который должен удовлетворять определенным требованиям и нормам.

Прививочный кабинет – является рабочим местом медсестры, предназначенным только для проведения иммунопрофилактики. Медицинская сестра ежедневно ведёт журналы профилактической иммунизации, журналы учёта и хранения МИБП, журналы проведения санитарно-гигиенических мероприятий. Следит за отсутствием поствакцинальных осложнений. Также, она проводит беседы с родителями о пользе и необходимости профилактических прививок, их своевременной постановки, о поствакцинальном периоде.

Список литературы

- 1) СанПиН 2.1.2630-10 «Санитарно - эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность»
- 2) Федеральный закон от 17 сентября 1998 г. N 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней".
- 3) Условия транспортирования и хранения медицинских иммунобиологических препаратов. СП 3.3.2.028-95.
- 4) МУ 3.3.1891-04 Методические указания «Организация работы прививочного кабинета детской поликлиники, кабинета иммунопрофилактики и прививочных бригад»
- 5) Медик В.А. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебное пособие/ В.А. Медик, В.К. Юрьев. - М.: Дом Книги. - 2014.
- 6) Учебное пособие по курсу «Амбулаторно - поликлиническая педиатрия»/ ред. В.А. Доскина.- 4-еизд. - М.: МИА, 20014.
- 7) Вакцинопрофилактика: Справочник для врачей / сост. В.К.Таточенко; ред. Н.А.Озерецковского. - М.: 2016
- 8) Петров Р.В. Искусственные антигены и вакцины: Учебное пособие/ Р.В. Петров, Хаитов Р.М. - М.: Медицина. - 2014
- 9) Брагинская В.П., Соколова А.Ф. Активная иммунизация детей / М., Медицина,- 2015

Рецензия

на научно-исследовательскую работу, предусмотренная программой практики «Производственная практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (помощник процедурной медицинской сестры, научно-исследовательская работа)» обучающегося 3 курса по специальности 31.05.02 Педиатрия

2 группы
Джумашева Яна Сергеевна

Работа выполнена на соответствующем требованиям программы практики методологическом уровне. Автором поставлена конкретная, достижимая к выполнению цель исследования. Задачи позволяют полностью достичь поставленной цели. Стиль изложения материала логичен. Автором проанализированы основные источники литературы по данной теме.

В ходе проведенного анализа недостатков не выявлено.

Все разделы логично и последовательно отражают все вопросы по решению задач, поставленных в работе.

Автор демонстрирует хорошее знание современного состояния изучаемой проблемы, последовательно изложены все разделы.

Обзор литературы основан на анализе основных литературных источников, отражает актуальные проблемы изучаемой области медицины.

Объем и глубина литературного обзора указывают на удовлетворительное знание автора об исследуемой проблеме.

Последовательность изложения соответствует поставленным задачам. В обсуждении результатов исследования подведены итоги работы, дан удовлетворительный анализ. Сформулированные выводы логично вытекают из имеющихся данных. Работа написана простым литературным языком, автор не использовал сложных синтаксических конструкций, материалы изложены связно и последовательно. В целом работа заслуживает положительной оценки.

Фактический материал достаточен для решения поставленных задач, статистически грамотно обработан и проанализирован.

Выводы соответствуют полученным результатам, логически вытекают из анализа представленного материала.

Работа представляет собой завершённое научное исследование.

Руководитель практики:  В.В. Самохвалова