МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ

«БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

**Кафедра общественного здоровья и здравоохранения**

**Реферат**

**Гигиенические требования к санитарно-эпидемическому режиму в организациях здравоохранения**

Минск 2012

**Содержание**

Введение

Историческая справка

Требования к земельному участку, территории и размещению ОЗ

Требования к архитектурно-планировочным и конструктивным решениям зданий, сооружений и помещений ОЗ

Требования к внутренней отделке помещений ОЗ

Требования к отоплению, вентиляции, кондиционированию, микроклимату, воздушной среде, естественному и искусственному освещению, водоснабжению и канализации ОЗ

Требования к мебели, оборудованию, режиму уборок и бельевому режиму

Требования к условиям труда работников ОЗ

Требования к проведению дезинфекционно-стерилизационных мероприятий в ОЗ

Требования к проведению профилактики инфекционных заболеваний при приеме и санитарной обработке пациентов в ОЗ

Заключение

Список использованных литературных источников

**Введение**

Качество медицинского обслуживания населения во многом зависит от уровня санитарного благоустройства сети лечебно-профилактических организаций (далее - ЛПО).

Особо строгие гигиенические требования необходимо предъявлять к больничным зданиям, предназначаемым для длительного пребывания больных людей, организм которых чрезвычайно чувствителен к неблагоприятным воздействиям.

Ученые-гигиенисты давно ведут споры по поводу выделения так называемую, больничную (госпитальную) гигиену, в самостоятельную науку. Одной из главных причин такого выделения является тот факт, что больничная гигиена имеет дело с людьми, чье здоровье нарушено, они более чувствительны к факторам внешней среды, их психологическое состояние изменено, они отлучены от трудовой деятельности, семьи, обычного распорядка жизни. Кроме того, спецификой физического и психического состояния больного и организации лечебного дела обусловлены гигиенические требования к климатическим факторам, освещению, шуму, излучению, водоснабжению, питанию, уборке помещений, удалению твердых и жидких отбросов, архитектурно-планировочным решениям помещений, личной гигиене больных и др. Наконец, наличие в больничных стационарах особых помещений (палаты, операционные, диагностические и лечебные кабинеты), где выполняются работы таких видов, которые не проводятся в других сферах деятельности человека, а также сама специфика труда медицинских работников, обусловливают необходимость разработки для них специальных гигиенических рекомендаций, правил и норм.

Знания и умения, приобретенные при изучении данной науки, позволят врачу достигнуть основной цели больничной гигиены - распространить накопленный опыт медицинских наук, особенно гигиены, микробиологии и эпидемиологии, в учреждениях здравоохранения и своими методами и формами способствовать оздоровлению пациентов. Больничная гигиена должна также содействовать сохранению здоровья людей, оберегая их от вредных влияний больничной и окружающей среды, и, особенно, препятствовать возникновению внутрибольничных инфекций (далее - ВБИ) у больных и обслуживающего медицинского персонала.

Проблема ВБИ имеет давнюю историю. Еще в прошлом веке в «Началах общей военно-полевой хирургии» Н.И. Пирогов писал: «Если я оглянусь на кладбища, где схоронены зараженные в госпиталях, то не знаю чему больше удивляться: стоицизму ли хирургов, или доверию, которым продолжают пользоваться госпитали у правительства и обществ. Можно ли ожидать истинного прогресса, пока врачи и правительства не выступят на новый путь и не примутся общими силами уничтожать источники госпитальных миазм».

Бурные темпы роста лечебных учреждений, создание новых видов медицинского оборудования, применение новейших препаратов, обладающих иммунодепрессивными свойствами, искусственное подавление иммунитета при пересадке органов и тканей - эти, а также многие другие факторы усиливают угрозу распространения инфекций среди пациентов и персонала лечебных учреждений. Современные научные факты, приводимые в работах зарубежными и отечественными исследователями, позволяют утверждать, что ВБИ возникают по меньшей мере у 5-12% больных, поступающих в лечебные учреждения. Так, в США ежегодно регистрируется до 2000 000 заболеваний в стационарах, в Германии 500000-700000, что составляет примерно 1% населения этих стран. В США из 120000 и более больных, зараженных ВБИ, погибают около 25% заболевших и, по оценкам экспертов, ВБИ представляют собой основную причину летальных исходов. Полученные в последние годы данные свидетельствуют о том, что ВБИ значительно удлиняют срок пребывания больных в стационарах, а наносимый ими ущерб ежегодно составляет от 5 до 10 млрд. долларов в США.

Проблема профилактики ВБИ является многоплановой и весьма трудна для решения по целому ряду причин - организационных, эпидемиологических, научно-методических. Эффективность борьбы с ВБИ определяется тем, соответствует ли конструктивное решение здания ЛПО последним научным достижениям, а также современным оснащением ЛПО и строгим выполнением требований противоэпидемического режима на всех этапах предоставления медицинской помощи.

**Историческая справка**

Современная больница имеет сложное архитектурно-техническое устройство и представляет собой комплекс зданий функционально связанных между собой. При возведении таких комплексов используются приемы устройства больничных зданий, помещений и их оборудования, которые отражают различные взгляды на назначение и устройство больниц соответственно социально-экономическому строю данной исторической эпохи и уровню знаний в области медицины, гигиены и строительной техники. Фактически, больница - это законченное структурное образование со своими проездами и проходами, зданиями различного назначения, парками и скверами. Нередко крупную многопрофильную больницу называют “больничным городком”.

Наиболее ранние сведения о лечении в стационарах относятся к V в. до н.э. в Греции, где в храмах бога Асклепия (Asklepios) содержали больных, обучались и занимались врачеванием.

В IV веке до н.э. помощь больным паломникам оказывалась в гостиницах-приютах по дороге в Иерусалим (лат. hospitium-прибежище). Позже, во время крестовых походов, монашеский орден св. Лазаря организовал убежища для прокаженных - лепрозории. Отсюда пошли общепринятые впоследствии названия “госпиталь” и “лазарет”, применяемые только в отношении воинских учреждений, но сохранились общие понятия - “госпитализация” и “госпитализм”.

В эпоху Ренессанса в строительстве больниц уже принимали участие лучшие архитекторы.

Возникновение первых лечебных учреждений на территории нашей страны относится к довольно отдаленным временам. Так, из летописей становится известно, что при киевском князе Владимире после крещения Руси в 988 г. строили не только храмы, но и приюты для стариков и сирот, а также больницы. Обычно эти больницы в те времена имели церковную принадлежность и строились при монастырях на пожертвования различных меценатов.

Первая светская больница (не принадлежащая церкви) мощностью 15 коек была построена в Москве при царе Алексее Михайловиче в 1654 г. на пожертвования боярина Федора Ртищева, а вторая была сооружена у Никитских ворот по царскому указу в 1682 г. Обе эти больницы до настоящего времени не сохранились.

Значительно энергичнее больничное строительство стало происходить при царствовании Петра Первого. Царь Пётр придал больничному строительству некоторую системность и воинскую направленность. В частности, по его указу во всех губерниях должны были быть построены так называемые богадельни "для призрения за счет церковно-свечных сумм раненых и увечных офицеров и нижних чинов". Как видно из этого указа, здесь был уже установлен и источник финансирования строительства больничных учреждений. Кроме того, Пётр Первый организовал строительство "Гофшпиталей". Первый такой "Гофшпиталь" был построен в 1707 г. в Лефортово. Он сохранился до настоящего времени и ныне преобразован в Главный военный госпиталь имени Н. Н. Бурденко. Всего же при Петре Первом было построено около 10 таких госпиталей, а к концу XVIII в. их было уже около 30.

Вполне естественно, что эти больницы строились без соблюдения каких бы то ни было гигиенических требований, и поэтому условия пребывания в них были весьма неблагоприятными. Известный хирург Н. И. Пирогов так описывал гигиенические условия в лефортовском госпитале: "Огромные (на 60-100 коек) палаты его, темные, сырые, без вентиляции, были переполнены больными, которые размещались без учета характера заболеваний, и в госпитале царили внутрибольничные заражения".

В царской России к концу XVIII и началу XIX века построены многие крупные больницы, здания их выполняют свою роль до настоящего времени.

Следует отметить, что выдающиеся деятели русской медицинской науки Н.И. Пирогов, А.П. Доброславин, Ф.Ф. Эрисман, Н.В. Склифосовский, А.Д. Соколов, К.А. Раухфус и др. внесли немалый вклад в гигиену больничного строительства. Такое внимание к вопросам больничной гигиены не могло остаться незамеченным. Так, клиники Московского университета, в разработке планов которых принимал участие Ф.Ф. Эрисман, считались лучшими в Европе; построенная по плану Раухфуса в Москве, детская Владимировская больница (ныне им. Русакова) послужила образцом для строительства других детских больниц и была награждена Большой золотой медалью на Всемирной выставке в Париже в 1878 г.

Массовое строительство лечебно-профилактических учреждений при советской власти потребовало нормирования его в законодательном порядке, что и было проделано с учетом уже имевшегося богатого опыта в этой области.

**Требования к земельному участку, территории и размещению ОЗ**

В настоящее время строительство больниц и других учреждений здравоохранения осуществляется, главным образом, по типовым проектам в соответствии с Санитарными нормами, правилами и гигиеническими нормативами «Гигиенические требования к устройству, оборудованию и содержанию организаций здравоохранения и к проведению санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний в организациях здравоохранения», утвержденных постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 августа 2010 г. № 109 и едиными государственными Строительными Нормами и Правилами (СНиП). **Ныне действуют СНиП 2.08.02-89 “Общественные здания и сооружения”.**

Строительство больниц может осуществляться по типовым или индивидуальным проектам. Специалисты считают, что в настоящее время в проекты строительства больничных зданий должны быть заложены возможности их реконструирования, поскольку конструкции зданий, рассчитанные на длительное существование, относительно быстро устаревают морально.

При оценке генерального плана больницы, прежде всего, необходимо установить систему его застройки.

В настоящее время существует три системы строительства больниц:

. Централизованная, при которой все подразделения и службы больницы располагаются в одном здании.

. Децентрализованная, при которой каждое подразделение больницы расположено в отдельном одно- двухэтажном здании.

. Смешанная, при которой основные отделения и подразделения больницы располагаются в главном корпусе, а подразделения и отделения, имеющие некоторую специфику, способную повлиять на лечебно-охранительный режим в других отделениях, располагаются в отдельных корпусах. Обычно это хозяйственные постройки, морг, инфекционный корпус. В отдельные корпуса также рекомендуется выносить детское отделение (если оно имеется) и акушерско-гинекологическое отделение с роддомом, поскольку эти отделения имеют особую специфику. При современных больницах работают поликлиники, которые тоже рекомендуется размещать в отдельном корпусе, связанном с главным корпусом одно - или двухэтажным переходом.

Вполне естественно, что все больницы, построенные до середины XIX в., относятся к централизованной системе, т. к. в те времена больных не разделяли по характеру заболевания и размещали всех в одном больничном помещении, что и было отмечено в описании Н. И. Пирогова. Однако и Н. И. Пирогов и другие видные деятели медицины понимали, что в таких больницах не могут быть созданы хорошие условия для пребывания больных, скученность разных больных способствует распространению внутрибольничных инфекций. Поэтому с конца XIX в. больницы стали строить по децентрализованной системе, что сыграло существенную роль в снижении количества внутрибольничных инфекций, а также значительно улучшило условия пребывания больных.