①. Гигиенические требования к внутренней планировке, набору и размещению и вспомогательных помещений терапевтического отделения

②. Инфекционная больница (отделение). Размещение и особенности планировки. Гигиенические требования к условиям приема, санитарной обработки, размещению и содержанию больных

①. Рациональное взаиморасположение и благоустройство помещений палатного отделения способствует созданию оптимальных гигиенических условий, осуществлению лечебного процесса, предупреждению внутрибольничной инфекции, облегчению труда медицинского персонала.

Если вместимость палатного отделения более 30 коек, то его целесообразно устраивать из палатных секций в расположенных между ними, в так называемой центральной зоне, помещений, общих для всего отделения. Палатная секция включает: а) палаты на 25-30 коек; холл для дневного пребывания больных (15 м2); б) лечебно-вспомогательные помещения: кабинет врача (10 м2); процедурная (13-18 м2); пост дежурной сестры (4 м2); клизменная (8 м2); в) хозяйственные помещения: буфетная (14 м2); столовая (18 м2); г) санитарный узел; д) палатный коридор, связывающий все названные помещения. Палатная секция не должна быть проходной. Она имеет свой обслуживающий персонал. Эти условия облегчают создание в ней гигиенического комфорта.

Важное значение в создании необходимых для больных гигиенических условий имеет устройство и оборудование палат. Кроме обычных, в настоящее время применяют такие разновидности палат: интенсивной терапии, боксированные, полубоксы, боксы и другие.

Палатную секцию комплектуют из четырехкоечных (60 %), двухкоечных (20 %) и однокоечных палат (20%).

Для обеспечения больных свежим и чистым воздухом необходима достаточная площадь и кубатура палаты, а также хорошая вентиляция.

Минимальный объем вентиляции одного больного должен быть не менее 40-50 м3 воздуха, а оптимальный в 1,5-2 раза больше, поэтому при кондиционировании воздуха в больнице рекомендуется до 100 м3 на больного в час. Если исходить из минимума, то при двукратном обмене воздуха в течение часа необходимая кубатура помещения на одного больного должна составить 20-25 м3. При высоте палаты 3-3,2 м подобная кубатура достигается при площади пола 7-7,5 м2, поэтому нормами проектирования на одного больного в многокоечной палате отводится 7 м2.

Двукратный воздухообмен в палате может быть достигнут при наличии механической вентиляции или путем многоразового в течение дня проветривания помещения с помощью средств усиления естественной вентиляции (форточки, фрамуги).

Состояние воздушной среды должно быть объектом систематического контроля. Санитарные показатели воздуха в палате должны соответствовать следующим нормам: а) отсутствие запаха; б) содержание двуокиси углерода не более 0,07-0,1 %; в) общая обсемененность воздуха не боле 3000-4000 микробов в 1 м3; наличие гемолитических и зеленящих стрептококков не более 15-20 в 1 м3; д) окисляемость воздуха не более 5-6 мг О2 в 1 м3. Немалое значение имеет микроклимат палат. В зимнее и прохладное время комфортная температура составляет 19-22 °С, а летом верхний предел зоны комфорта возрастает до 24 °С. В помещениях, где больной находится обнаженным (ванная) температура воздуха должна быть не ниже 24-25 °С.

В связи с физиологическим, тепловым и бактериологическим действием солнечной радиации необходимым условием здоровой обстановки в палате является хорошее естественное освещение. Наилучшая ориентация окон палат в южных широтах – южная; в северных – южная, юго-восточная, юго-западная; в средних – южная и юго-восточная.

Часть палат, лечебно-вспомогательные и хозяйственные помещения ориентируют окнами на северные и другие неблагоприятные румбы.

Световой коэффициент в палате желателен 1:5-1:6; КЕО – не менее 1. Источники общего освещения должны обеспечить в палате при лампах накаливания освещенность не менее 30 лк, при люминесцентных (лампы белого света) – не менее 100 лк. Применяют светильники отраженного или полуотраженного света. Лучше применять настенные светильники, располагаемые над изголовьем каждой кровати на высоте 1,6-1,8 м от пола. Светильник должны давать свет в верхнюю и нижнюю полусферы. Нижний поток должен создавать освещенность, необходимую для чтения и выполнения несложных медицинских процедур (150-300 лк).

Отопление – центральное водяное и лучистое.

В крупных больницах приточно-вытяжная механическая вентиляция.

Водоснабжение с помощью водопровода (250-400 л на одну койку).

Для борьбы с шумом осуществляют отделку палат звукопоглощающими материалами.

1 раз в 7-10 дней проводится гигиеническая ванна со сменой постельного и нательного белья.

Питание четырехразовое, в соответствии с характером заболевания назначается стол лечебного питания (0-15).

Для удобства обслуживания больных и лучшего использования дневного освещения койки в палатах располагаются параллельно стене с окнами. В целях ограничения передачи воздушно-капельной инфекции расстояние между койками должно быть не менее 0,9-1 м. Койки ставят на расстоянии 0,8-1 м от наружной стены и окон. Минимальная ширина одиночных палат – 2,9 м.

Минимальная ширина коридоров в палатных отделениях – 2,4 м, коридоров, используемых для ожидания, при двустороннем расположении кабинетов – 3,2 м.

Кроме коек, в палате нужны прикроватные столики с полочками для индивидуальных вещей больного; стулья; стол; шкаф или вешалка для халатов. Желательно использовать прикроватные столики удобные для приема пищи и чтения.

Мебель должна быть гладкой, без выступов, окрашенной в светлые тона, легко очищаемой. Поверхность стен и перегородок должна быть гладкой и допускающей мокрую (влажную) уборку и дезинфекцию. Полы должны быть покрыты водонепроницаемыми материалами, пригодными для легкой очистки и обработки дезинфицирующими средствами. Для отделки стен и потолка запрещается применение нитрокрасок (можно водоэмульсионные).

Пост дежурной сестры размещается вблизи процедурной и однокоечных палат, предназначенных для тяжелобольных, нуждающихся в интенсивном уходе. С поста должны просматриваться коридор, входы в палаты и вспомогательные помещения. Расстояние от поста до обслуживаемых палат не более 15 метров.

Пост должен иметь:

1. стол;
2. шкаф;
3. стерилизатор;
4. холодильник;
5. умывальник;
6. телефон;
7. сигнализационный блок (состоит из аппаратуры для сигнала из палаты о вызове медперсонала и двусторонней переговорной связи сестры и больного).

В санитарный узел входят:

1. умывальные;
2. ванная;
3. уборные;
4. подсобное помещение.

Чтобы запахи не проникали в коридор, санитарный узел обеспечивают вытяжной вентиляцией. Нужны три уборные: мужская; женская с биде; для персонала.

Подсобные помещения оборудуют приспособлением и специальным сливом для мойки суден, паровым стерилизатором для их дезинфекции, шкафом с вытяжкой для хранения выделений больных, ларем для грязного белья, шкафом для предметов уборки, столом для мытья клеенок и умывальником.

②. Инфекционная больница

I. Общие положения

I.1. Инфекционная больница (отделение) предназначена для госпитализации больных с различными бактериальными, вирусными и некоторыми паразитарными заболеваниями, а также лиц, подозреваемых на эти заболевания.

Архитектурно-планировочные решения инфекционных стационаров должны обеспечивать: надежную изоляцию больных с различными инфекционными заболеваниями, возможность проведения диагностических, лечебных мероприятий и соблюдения надлежащего санитарно-противоэпидемиологического режима.

I.2. Персонал инфекционных больниц (отделений) имеет постоянный и непосредственный контакт с инфекционными больными, их выделениями, объектами окружающей больного среды и подвергается опасности заражения через пищу, воду, руки, воздух, наружные покровы тела и так далее. При этом опасность передачи инфекции распространяется не только на обслуживающий персонал, членов их семей, но и на других больных, находящихся в стационаре.

I.3. Настоящая инструкция определяет комплекс мероприятий, направленных на профилактику внутрибольничных инфекций: охрану труда персонала, обслуживающего инфекционных больных, и недопущения распространения инфекции как в учреждении, так и за его пределами.

I.4. Инструкция предназначена для главных врачей и персонала инфекционных больниц и инфекционных отделений, а также для работников санитарно-эпидемиологических и дезинфекционных станций, осуществляющих методическое руководство и контроль выполнения санитарно-гигиенического и противоэпидемиологического режима.

II. Требования к организации территории больницы

II.1. Комплекс зданий инфекционной больницы (корпуса) должен размещаться на изолированной территории; инфекционный корпус, входящий в состав многопрофильной больницы (для взрослых или детей), – на изолированной территории последней.

II.2. Территория инфекционной больницы (корпуса) должна иметь ограждение по периметру участка с полосой зеленых насаждений в соответствии с главой СНиП 11-69-78 «Лечебно-профилактические учреждения. Нормы проектирования». «Чистая» зона территории инфекционной больницы (корпуса) должна быть отделена от «грязной» зоны полосой зеленых насаждений.

II.3. В планировке и зонировании участка необходимо соблюдать строгую изоляцию функциональных зон. Хозяйственные сооружения, пищеблок, прачечная и дезинфекционное отделение следует размещать на территории больницы с соблюдением санитарных разрывов в соответствии с главой СНиП 11-69-78.

II.4. На территории инфекционной больницы не допускается размещение учреждений, не имеющих к ней отношения.

II.5. На выезде из «грязной» зоны территории больницы (корпуса) предусматривать площадку или помещение для дезинфекции санитарного транспорта.

II.6. Графики движения больных, персонала, транспорта, особенно связанных с «грязными» маршрутами, предусматривать максимально короткими.

II.7. Проход персонала в здания инфекционной больницы (корпуса), а также выход из них должен быть организован со стороны «чистой» зоны. Проход персонала из «грязной» зоны в «чистую» должен осуществляться через санитарные пропускники.

II.8. Выписываемый (здоровый) из боксов должен выходить в «чистую» зону (на галерею) после санобработки, проведенной в боксе.

II.9. Доставка пищи из пищеблока, белья из прачечной и так далее в стационар инфекционной больницы (корпуса) должна быть организована по поверхности территории больницы. Соединения корпусов тоннелями не допускается.

II.10. Въезд на хозяйственный двор больницы должен быть обособлен от въезда больных в приемное отделение и проходить в стороне от лечебных корпусов.

II.11. Выезд от паталого-анатомического корпуса должен проходить в стороне от мест пребывания больных и осуществляться через специальные ворота, без пересечения территории больницы; он может быть совмещен также с хозяйственным выездом.

II.12. Подъездные пути и пешеходные дорожки должны быть заасфальтированы или иметь хорошо фильтрующие покрытия, достаточный уклон для стока поверхностных вод и водоотводящие кюветы.

II.13. Свободную от застройки территорию озеленяют.

II.14. В ночное время территория больницы должна освещаться.

II.15. Ежедневно проводят уборку всей территории. В зимнее время подъездные дороги и пешеходные дорожки очищают от снега, пешеходные дорожки посыпают песком. В летнее время их подметают после предварительной поливки.

II.16. Сметенный мусор удаляют с территории в дворовые мусоросборники, которые устанавливают на бетонированных площадках. Одновременно очищают и урны. Отбросы и мусор с территории больницы сжигают.

III. Порядок приема и санитарной обработки больных

III.1. В каждой инфекционной больнице или инфекционном отделении, или многопрофильных больниц должно быть приемное отделение, где необходимо иметь не менее 2-х смотровых кабинетов или боксов. Каждый смотровой кабинет (бокс) должен иметь самостоятельный изолированный наружный вход.

При въезде на территорию больницы указательными и световыми сигналами обозначают направление к приемному отделению, смотровым кабинетам (боксам). В соответствующих местах помещают светящиеся ночью вывески: «Приемное отделение», «Бокс 1», «Бокс 2», «Место дезинфекции транспорта» и так далее.

III.2. Прием инфекционных больных проводят строго индивидуально. Одновременное ожидание двух или более больных в одном помещении не допускается. Если инфекционный больной нуждается в лечении и реанимационном отделении, то его направляют туда минуя приемное отделение.

III.3. Приемное отделение обеспечивают:

* + предметами ухода за больными;
  + запасом чистых мешков (из плотной ткани) для укладки в них одежды больных;
  + ларем с крышкой для хранения вещей больных до отправки их в дезинфекционную камеру (вещи, подлежащие камерному обеззараживанию, документируют);
  + комплектами белья для поступающих больных;
  + достаточным количеством банного мыла в одноразовой фасовке, индивидуальных мочалок, число которых определяется пропускной способностью больницы в сутки;
  + посудой для раздельного хранения чистых и использованных мочалок, на посуде для мочалок должны быть соответствующие надписи: «чистые», «использованные»;
  + машинками для стрижки волос, ножницами для стрижки ногтей, ведрами для сбора волос с плотно закрывающимися крышками;
  + ветошью, мочалками или щетками для мытья ванн;
  + ведрами для сбора рвотных масс и испражнений;
  + губчатыми или поролоновыми ковриками или ветошью для обеззараживания обуви при входе и выходе из смотрового кабинета (бокса);
  + раздельными уборочными инвентарями для уборки помещения и санитарных узлов;
  + моюще-дезинфицирующими, дезинфицирующими и дезинсекционными средствами.

III.4. Приемное отделение и боксы для приема больных оснащают бактерицидными ультрафиолетовыми облучателями, которые включают после приема больных с капельными инфекциями.

III.5. В боксах, смотровых кабинетах выделяют халаты, косынки, респираторы для врача, медицинской сестры, санитарки. При входе в смотровые кабинеты (боксы) медицинский персонал переодевает халат, шапочку или косынку, четырехслойную марлевую маску (при капельных инфекциях). При выходе халат, шапочку (косынку) и маску снимают. Халаты и косынки меняют в конце смены, маски – после приема каждого больного.

В небольших инфекционных стационарах, где имеется только один-два смотровых кабинета или бокса, халаты и шапочки меняют (с последующим обеззараживанием и стиркой (после приема однопрофильных больных с капельными инфекциями). В крупных стационарах, где имеется несколько профилированных смотровых кабинетов, халаты меняют после приема однопрофильных больных с капельными инфекциями в конце смены.

III.6. В смотровом кабинете (боксе) проводят тщательный осмотр больного (кожные покровы, зев и другое), измеряют температуру тела, собирают данные о перенесенных инфекционных заболеваниях путем опроса больного и сопровождающих его лиц. Выясняют наличие контактов (в детском учреждении, квартире) с другими инфекционными больными или нахождение (и в какие сроки) в другом стационаре до прибытия его в больницу, о чем делают соответствующую запись в истории болезни. Здесь же, при наличии показаний, у больного берут испражнения (у всех детей до 2-х лет), слизь из зева и носа и другие материалы для лабораторных исследований. У больных с подозрением на пищевую токсикоинфекцию для этих же целей собирают рвотные массы и воды после промывания желудка.

III.7. При осмотре больного обращают внимание на наличие у него педикулеза. В случае выявления педикулеза проводят дезинсекционную обработку больного и его вещей. О каждом больном, у которого был обнаружен педикулез, сообщают в СЭС по месту жительства больного, делают соответствующую пометку в истории болезни.

III.8. В смотровом кабинете обеззараживанию подлежат все предметы с которыми соприкасался больной. Деревянные шпатели после одноразового пользования должны уничтожаться, а металлические – кипятят в дистиллированной воде 30 минут (в содовом растворе 15 минут). Термометры замачивают в 1 % растворе хлорамина на 30 минут, затем промывают и высушивают. После каждого больного использованные горшки, подкладные судна замачиваются на 30 минут в 1 % растворе хлорамина, затем промываются и сушатся.

III.9. В помещении приемного отделения или в боксе проводят влажную уборку с применением дезинфицирующих средств после приема каждого больного. Уборочный материал маркируют и применяют строго по назначению. После использования уборочный материал обеззараживают.

III.10. Из смотрового кабинета больного направляют в специально отведенное помещение для санитарной обработки. Санитарную обработку больного проводят в приемном отделении в зависимости от назначения врача и состояния больного. При тяжелом состоянии больного ограничиваются частичной обработкой или влажным протиранием отдельных частей тела.

В случаях поступления больного в бокс или полубокс санитарную обработку производят непосредственно в этих помещениях.

III.11. Санитарная обработка больного сводится к следующим процедурам:

а) стрижка волос по медицинским показаниям, с последующим сжиганием их или обработкой в паровых стерилизаторах (0,5 кГс/см2 – 110-111°-20');

б) стрижка ногтей на руках и ногах;

в) мытье в ванной или под душем;

г) сбор вещей (одежда, белье, обувь больного), подлежащих дезинфекции, в индивидуальные мешки для последующей отправки их для обеззараживания в дезинфекционной камере. До камерного обеззараживания вещи инфекционных больных родственникам не выдают (личные вещи больных гриппом и другими ОРЗ, корью, паротитом, ветряной оспой и коклюшем обеззараживать не обязательно, эти вещи разрешают отдавать родственникам).

III.12. После прохождения санитарной обработки больной получает чистое белье, халат, пижаму, тапочки (больничные).

III.13. После каждого использования мочалки для мытья больных, ванны и смывные воды в них, машинки для стрижки волос, гребни, бритвы и бритвенные приборы, кусачки, ножницы для ногтей, пинцеты, наконечники для клизм, судна, мочеприемники обеззараживают по режимам. Смывные воды в ваннах обеззараживают только в отделениях кишечных инфекций.

Уборку помещений, где проводили санитарную обработку больного, производят с применением дезинфицирующих средств. Уборочный материал (ветошь, ведра, тазы и так далее) маркируют и используют строго по назначению. Для манипуляционного стола, шкафа и стола с медикаментами выделяют отдельный уборочный инвентарь. После использования уборочный материал обеззараживают.

III.14. Для мытья рук больных используют хозяйственное или туалетное мыло (двукратное промывание) в мелкой расфасовке на одноразовое или индивидуальное пользование.

III.15. Транспорт, доставивший инфекционного больного подвергают обеззараживанию силами персонала больницы на территории больницы на специально отведенной площадке или в шлюзе.

Транспортные средства (автомашина, носилки) орошают из гидропульта или тщательно двукратно протирают ветошью, смоченной в дезинфицирующем растворе.

О дезинфекции санитарного транспортного средства делают запись в журнале приема больных и выдают эвакуатору талон за подписью дежурной медицинской сестры приемного отделения или ставят штамп на путевке водителя о проведенном обеззараживании. Эвакуатор сдает этот талон диспетчеру санэпидемстанции (дезстанции).

IV. Распределение больных по отделениям

IV.1. На основании поставленного диагноза и данных о контактах с инфекционным заболеванием больной направляется в соответствующее отделение.

При наличии диагностического отделения, отдельных больных в случае сомнительного диагноза задерживают в этом отделении до уточнения и перевода в соответствующие отделения. Больных дифтерией, корью и ветряной оспой или с подозрением на эти инфекции помещают преимущественно в боксы, снабженные автономной вентиляцией.

IV.2. В больнице, где нет диагностического отделения, больного с неуточненным диагнозом помещают в отдельную палату или бокс. В случае контакта больного с другой инфекцией его также помещают в однокоечную или боксированную палату.

IV.3. Больных с кишечными инфекциями обеспечивают индивидуальными промаркированными горшками (или подкладными суднами). Маркировка индивидуальной посуды для выделений должна соответствовать номеру кровати больного.

IV.4. Больных в отделение распределяют таким образом, чтобы вновь поступающие не находились в одной палате с выздоравливающими или больными с осложнениями. По возможности проводят одномоментное заполнение палат и одновременную выписку.

V. Личная гигиена больных

V.1. Больным рекомендуется обязательно мытье рук перед едой и после посещения туалета. Тяжелобольных умывают в постели, а 1 раз в 2 дня подмывают.

V.2. Ногти во время пребывания больного в больнице коротко подстригают.

V.3. Постельное и нательное белье, полотенце меняют 1 раз в неделю после ванны или душа и по мере загрязнения, в обязательном порядке ставят отметку в истории болезни. После выписки инфекционного больного постельное белье собирают в специальные мешки для дезинфекции и стирки, постельные принадлежности и верхнюю больничную одежду отправляют для камерного обеззараживания, кровать протирают дезинфицирующим раствором и до поступления следующего больного не застилают. Тумбочку больного и другие предметы в палате, бывшие в употреблении больного, протирают дезинфицирующим раствором.

25 февраля 2001 г.

Соболева Людмила Г.

Используемая литература:

1. Габович Р. А. «Гигиена», 1982 г., Москва, «Медицина»;
2. Мельникова И. С. «Справочник по санитарно-противоэпидемическому режиму», Москва, «Грантъ», 1998 (I часть);
3. Покровский В. А. «Гигиена», Москва, «Медицина», 1979 год;
4. Подольский В. М. «Сборник важнейших официальных материалов по санитарным и противоэпидемическим мероприятиям», 1993 г., Москва.