|  |
| --- |
| «Витебский государственный ордена Дружбы народов  медицинский университет»  *Кафедра* [*пропедевтики внутренних болезней*](http://www.vsmu.by/ru/about-vsmu/spisok-kafedr/120-departments/kafedra-propedevtiki-vnutrennikh-boleznej.html) |
| РЕФЕРАТ  По дисциплине «Основы ухода за терапевтическими больными»  **Обеспечение санитарно-эпидемиологического режима в больнице** |
| Выполнила  Студенка 1-го курса,  лечебного факультета, 37й группы  Шелухина А. А.  Преподаватель  Кизименко Татьяна Генадьевна |
| Витебск, 2015 |

Содержание

Введение………………………………………………………………………2

1. Требования к земельному участку……………………………………4
2. Требования к объёмно-планировочным и конструктивным

Решениям зданий….........……………………………………………...5

1. Требования к внутренней отделке помещений ……………………...8
2. Требования к санитарно-техническому оснащению………………...9
3. Требования к микроклимату и воздушной среде…………………...11
4. Требования к естественному и искусственному освещению………12
5. Санитарно-гигиенический режим в лечебных учреждениях……....14
6. Требования к условиям труда, быта и личной гигиене медицинского персонала……………………………………………………………....15
7. Санитарно-гигиенические требования к пищеблоку………...……..18
8. Санитарно-гигиенические требования к буфетным отделениям…..22
9. Дезинфекция…………………………………………………………...23

Приложение…………………………………………………………………..28

Заключение…………………………………………………………………...29

Список использованной литературы………………………………………..30

Введение

Одним из основных условий реализации конституционных прав граждан на охрану здоровья и благоприятную окружающую среду является обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения. В целях охраны здоровья населения и среды обитания – установлены санитарно-эпидемиологические правила, гигиенические нормативы и технические регламенты. Поэтому при осуществлении медицинской и фармацевтической деятельности одним из важных требований к организациям и индивидуальным предпринимателям – является соблюдение санитарно-эпидемиологического режима.

**Противоэпидемический режим или санитарно-эпидемиологический режим**- это совокупность строго регламентированных и обязательных для выполнения противоэпидемических мероприятий в конкретных лечебных учреждениях, для предупреждения возникновения, распространения внутрибольничной инфекции.

**Противоэпидемические мероприятия** - комплекс мероприятий, направленных на предупреждение формирования или разрыв путей передачи от источника инфекции к восприимчивому организму, а так же предотвращения экзо- и эндогенного инфицирования этого восприимчивого организма.

Санитарно-эпидемиологический режим в сфере здравоохранения включает соблюдение и выполнение следующих мероприятий:

1. Производственный контроль (программа производственного контроля).
2. Дезинфекционные и стерилизационные мероприятия: дезинфекция, дезинсекция, дератизация, обеззараживание, предстерилизационная очистка и стерилизация.
3. Санитарное содержание помещений, оборудования, инвентаря.
4. Лабораторные исследования, испытания и измерения.
5. Дезинфицирующие средства, расчет потребности.
6. Текущие и генеральные уборки.
7. Обеззараживание воздуха.
8. Дезинфекция и стерилизация медицинских изделий.
9. Медицинские отходы: класс, сбор, использование, обезвреживание, размещение, хранение, транспортировка, учет и утилизация.
10. Профилактика внутрибольничных инфекций.
11. Инструктаж медицинских работников.
12. Средства индивидуальной защиты, правила безопасности.
13. Гигиеническая обработка рук персонала и кожных покровов пациентов.
14. Профилактика вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции.
15. Радиационный контроль в рентгеновских кабинетах.
16. Хранение лекарственных средств.
17. Учетно-отчетная документация.

Контроль и надзор в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения осуществляется ещё и на государственном уровне для:

* + 1. для предупреждения нарушений санитарного законодательства;
    2. для обнаружения нарушений санитарного законодательства;
    3. для пресечения нарушений санитарного законодательства.

Выполнению этих задач способствует постоянный **социально-гигиенический мониторинг** — система сбора, анализа и оценки информации о состоянии жизни и здоровья населения в зависимости от качества среды обитания человека. А также **санитарно-эпидемиологический аудит** — независимая оценка соблюдения организациями или физическими лицами, в том числе индивидуальными предпринимателями, требований законодательства в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения и выдача рекомендаций по улучшению их деятельности;

Министерство здравоохранения РБ устанавливает **санитарные нормы и правила** — технические нормативные правовые акты, регламентирующие санитарно-эпидемиологические требования, несоблюдение которых создает угрозу жизни и здоровью населения, а также угрозу возникновения и распространения инфекционных и массовых неинфекционных заболеваний; и **гигиенический норматив** — технический нормативный правовой акт, устанавливающий допустимое максимальное или минимальное количественное и (или) качественное значение показателя, характеризующего тот или иной фактор среды обитания человека, продукцию с позиций их безопасности и безвредности для человека;

Всё это направлено на сохранение и укрепление **санитарно-эпидемиологического благополучия населения** — состояние здоровья населения, среды обитания человека, при котором отсутствует вредное воздействие на организм человека факторов среды его обитания и обеспечиваются благоприятные условия его жизнедеятельности.

Именно поэтому вопрос о соблюдении санитарно-эпидемиологического режима в больницах и других медицинских учреждений-один из наиболее остро стоящих вопросов здравоохранения Республики Беларусь.

1. **Требования к земельному участку**

Лечебные учреждения должны размещаться в строгом соответствии с утвержденными генеральными планами застройки населенных пунктов и проектами детальной планировки.

Палатные корпуса необходимо размещать не ближе 30 метров от красной линии застройки. Разрывы между корпусами должны быть не менее 25 метров. Участок больницы, расположенной на территории жилой застройки города (поселка), должен быть защищен полосой зеленых насаждений шириной не менее 10 метров, исходя из двухрядной посадки высокоствольных деревьев. В случае расположения палатного корпуса вдоль транспортной магистрали, ширина полосы зеленых насаждений удваивается с целью снижения загрязнения территории учреждения здравоохранения. Кроме того, сам земельный участок должен быть благоустроен, озеленен. Площадь зеленых насаждений должна быть не менее 60% общей площади земельного участка больницы. На земельном участке должны быть выделены зоны: лечебных и административных корпусов, садово-парковая зона с площадками для отдыха больных, для посетителей, для занятий физкультурой и т.д., хозяйственная зона (сараи, гаражи, вспомогательные здания и др.) с инженерными сооружениями. Последняя должна быть обособлена, располагаться на периферии участка и иметь отдельный въезд.

Отдельно необходимо выделять зону ритуальной части с патологоанатомическими лабораториями, которая должна быть защищена декоративными зелеными насаждениями, исключающими просмотр траурных церемоний.

Размеры садово-парковой зоны больницы следует принимать из расчета 25 кв. м на 1 койку.

1. **Требования к объемно-планировочным**

**и конструктивным решениям зданий**

Структура и состав помещений лечебных учреждений должна определяться, исходя из профиля и мощности учреждения, по принципу централизации клинико-диагностических отделений и лабораторий, аптеки, службы приготовления пищи, централизованного стерилизационного отделения, прачечной и др. с целью их максимального приближения к основным функциональным подразделениям. Нельзя допускать размещение под окнами палат входов и подъездов в приемные отделения, приемно-смотровые боксы, травматологические пункты, хозяйственных служб, пищеблоков, прачечных, дезкамер, тарных, загрузочных, гаражей и др. служб, к которым предусматривается подъезд автомашин.

В подвальном и цокольном этажах допускается размещать складские помещения (кладовые инвентаря, тарные, санитарно-бытовые помещения (душевые, гардеробные, раздевальни) и санпропускники, дезкамеры и помещения для стерилизации суден и клеенок, централизованные стерилизационные для аппаратуры, венткамеры, трансформаторные подстанции, помещения для радиоактивных отходов и загрязненного ими белья, помещения для хранения вещей больных, помещения стерилизации суден, помещения дезинфекции кроватей. В цокольных этажах с отметкой 1,2 м ниже отмостки (тротуара) допускается размещение пищеблоков, столовых, туалетов для персонала, служебных помещений, прачечных, центральных бельевых, помещений выписки больных, архивов и вестибюлей. В свою очередь в цокольных этажах с заглублением до 0,5 м допускается размещение всех помещений, кроме операционных, процедурных, родовых, врачебных кабинетов, палатных отделений, рентгеновских кабинетов.

Существуют нормативные гигиенические требования к размерам помещений:

а) площадь палат для взрослых в соматических больницах не менее 7 кв. м, в инфекционных больницах - 7,5 кв. м, в детских соматических больницах (отделениях) - 6 кв. м, в детских инфекционных больницах (отделениях) - 6,5 кв. м, в ожоговых палатах (отделениях) и палатах восстановительного лечения - 10 кв. м, в палатах интенсивной терапии - 13 кв. м;

б) глубина палат и лечебно-диагностических помещений при естественном освещении их с одной стороны не должна превышать 6 м при ширине 3 м. Расстояние от коек до стен с окнами должно быть не менее 0,9 м, расстояние между торцами коек - 1,3 - 1,6 м, между длинными сторонами коек - 0,8 - 1,2 м;

в) глубина операционных не должна быть более 5 м при ширине не менее 5 м, глубина родовых палат - 4,5 м, ширина - 4 м, ширина врачебных кабинетов - не менее 2,4 м;

г) высоту надземных этажей зданий лечебных учреждений следует принимать не менее 3,3 м.

Архитектурно-планировочные решения лечебных комплексов должны исключать возможность пересечения потоков движения персонала, вновь поступивших больных и больных, находящихся на лечении, транспортировки пищи, медикаментов, чистого и грязного белья и т.д. Для предупреждения распространения аэрогенных внутрибольничных инфекций следует ограничивать перетоки воздуха между палатными секциями, между этажами, палатами и коридорами путем устройства шлюзов, оборудованных вытяжной вентиляцией.

Операционные блоки должны быть максимально изолированы от других подразделений и служб больницы. Для обеспечения асептики при операциях в операционном блоке следует организовать строгое зонирование с разделением маршрутов движения больных, обслуживающего медперсонала, размещения и движения стерильных материалов и инструментов и отработанного материала и послеоперационных отходов.

В целях профилактики распространения аэрогенных внутрибольничных инфекций в операционных блоках необходимо:

а) устройство вытяжной вентиляции, обеспечивающей движение воздуха из стерильной зоны (операционной) в прилегающие помещения и далее в коридор;

б) устройство шлюзов с отрицательным давлением между операционным блоком и палатной секцией;

в) максимальное удаление операционных блоков от вертикальных коммуникаций (мусоропроводов, технических шахт, лифтов и т.п.).

Число коек в палатных секциях, как правило, следует принимать в отделениях для взрослых - 30, в секциях для детей до 1 года - не более 24. При входе в палатные секции должны быть оборудованы шлюзы.В составе палатных секций детских отделений должно быть не менее 2-х боксов и полубоксов.В детских отделениях должны быть оборудованы отсеки на 8 коек для детей до 1 года. В отделениях новорожденных и недоношенных детей отсеки на 6 - 8 детей должны быть боксированными с возможностью просмотра всех боксов (стеклянные перегородки), а также изолированными друг от друга. В каждом боксе иметь не более 2 - 3 детей.

В отделениях новорожденных и недоношенных детей детских больниц предусмотреть помещение для хранения физиотерапевтической и диагностической аппаратуры данного отделения, а также ванную комнату с душевыми установками для персонала и матерей.

В отделениях новорожденных и недоношенных детей акушерских и детских лечебных учреждений предусмотреть помещение (из 3-х отсеков) для сбора, пастеризации и хранения грудного молока и кабинет вакцинации новорожденных детей против туберкулеза.

В приемных отделениях необходимо предусматривать палаты из расчета 10% от числа поступающих больных в сутки.Вместимость палат не должна превышать 4-х коек для взрослых и 2-х коек для детей до 1 года.Инфекционные отделения должны быть размещены в отдельно стоящих зданиях. В инфекционных отделениях должны быть оборудованы приемно-смотровые боксы (2 бокса в отделении - до 60 коек, 3 бокса в отделении - до 100 коек, 3% - свыше 100 коек).

В инфекционных отделениях необходимо предусматривать:

а) инфекционные боксы с санузлом и ванной, шлюзом с умывальником, тамбуры с выходом наружу;

б) процедурные с отдельным наружным входом и со шлюзом (для отделений с боксами);

в) стеклянные перегородки между детскими палатами (в детских отделениях), а также остекленные проемы, отделяющие детские палаты от коридоров;

г) окна для передачи пищи, лекарств, белья в детских палатах;

д) разделение буфетных на "чистую" и "грязную" половины (с застекленной перегородкой и окном для передачи обеззараженной посуды на "чистую половину").

При лечебных стационарах должны быть оборудованы:

а) централизованные стерилизационные отделения;

б) помещения для обработки суден для палатных и родовых акушерских отделений (в подвальном или цокольном этаже);

в) дезкамеры;

г) прачечные (при отсутствии централизованной стирки больничного белья);

д) пищеблоки, соответствующие коечной мощности стационаров.

1. **Требования к внутренней отделке помещений**

Материалы, применяемые для внутренней отделки помещений лечебно-профилактических учреждений, должны быть из числа разрешенных Министерством здравоохранения РБ для применения в строительстве. Поверхность стен, перегородок и потолков помещений, связанных с медико-технологическим процессом, должна быть гладкой, допускающей влажную уборку и дезинфекцию помещений. В палатах новорожденных акушерских и детских лечебных учреждений стены должны быть окрашены масляной краской. Отделка стен, потолков, полов помещений операционных, наркозных, предоперационных и других специализированных помещений операционного отделения должна быть выполнена водонепроницаемыми материалами, легко очищаемыми и исключающими возможность накопления статического электричества, а отделка полов - материалами, обеспечивающими удобство для транспортировки больных, материалов и оборудования.

Стены, потолки в палатах должны быть матовыми, воздухопроницаемыми. В местах установки раковин и других сантехприборов, а также оборудования, эксплуатация которого связана с увлажнением стен и перегородок, необходима их облицовка керамической глазурованной плиткой или другими влагостойкими материалами на высоту 1,6 м и шириной на 20 см больше ширины оборудования (с каждой стороны). В целях улучшения ультрафиолетового режима помещений целесообразно использовать для отделки помещений лечебных учреждений меловую и известковую побелку, клеевую и силикатную покраску светлых холодных (голубых, салатных, светло-зеленых) и серых цветов, обладающих высоким коэффициентом отражения. Применение масляных красок теплого цвета (желтый и др.) резко снижает уровень ультрафиолетового облучения. При этом в операционных рекомендуется применение отделочных материалов серо-зеленого или зелено-голубого цветов, в палатах, ориентированных на южную сторону - холодные тона, на северную сторону - более теплые, светлые тона. Не допускается отделка керамическими плитками стен, перегородок и полов рентгеновских кабинетов и кабинетов электросветолечения, а также применение плитных облицовочных материалов в помещениях, связанных с медико-технологическим процессом, не гарантирующее отсутствие пустот между облицовочными плитами и ограждающими конструкциями.

1. **Требования к санитарно-техническому,**

**оснащению**

Санитарно-техническое, инженерное, технологическое, медицинское и другое оборудование должно соответствовать действующим техническим условиям и стандартам, находиться в исправном состоянии и обеспечивать нормальные условия работы учреждения (медико-технологический процесс, санитарно-гигиенический режим и др.). Больницы и лечебные стационары, родовспомогательные учреждения, как правило, должны быть оборудованы центральным холодным и горячим водоснабжением, центральным отоплением, приточно-вытяжной механической вентиляцией (а при необходимости кондиционированием), подключены к канализации и к другим инженерным коммуникациям, электрическим, телефонным и другим сетям. Здания высотой более 2-х этажей должны быть оборудованы лифтами, мусоропроводами и бельесбросами.

Применяемое технологическое оборудование и медицинское оборудование должно иметь гигиеническое покрытие, допускающее его текущую влажную уборку и дезинфекцию. Вышедшее из строя оборудование подлежит срочному ремонту или замене. Не допускается загромождение коридоров и функциональных помещений неиспользуемым или неисправным оборудованием. Расстановка оборудования и его подключение, а также эксплуатация должна производиться в строгом соответствии с действующими инструкциями по промышленной гигиене, охране труда и технике безопасности. Сантехнические приборы (раковины, унитазы, ванны, писсуары и др.) должны находиться в рабочем состоянии, своевременно очищаться от ржавчины и других налетов, содержаться в чистоте, не должны иметь трещин и других дефектов. Неисправные приборы подлежат срочной замене. В палатах для больных, процедурных, перевязочных, в шлюзах, туалетах, буфетных, комнатах персонала, врачебных кабинетах, где ведется прием больных, должны быть установлены умывальники. Санитарные комнаты в отделениях, как правило, должны быть оборудованы действующей малой механизацией (судномойками, клееномойками, сушильными шкафами и др.).

Количество санитарных приборов для больных следует принимать из расчета один прибор на 15 человек в мужских уборных и 10 человек - в женских. Количество писсуаров в мужских уборных должно быть равно количеству унитазов. Уборные для больных в отделениях оборудуются кабинами, электросушильными устройствами для рук, зеркалом, вешалками. Необходимо оборудовать в женской палатной секции гигиеническую кабину с восходящим душем.

В процедурных кабинетах, кабинетах для врачей, принимающих больных и других помещениях, в которых требуется соблюдение особого гигиенического режима, следует оборудовать краны при рукомойных раковинах локтевыми приводами или педальными и другими устройствами, исключающими контакт рук с кранами. В инфекционных, туберкулезных, кожно-венерологических отделениях рекомендуется устройство педальных спусков для умывальников, смывных бачков и других сантехприборов.

Системы отопления, вентиляции должны обеспечивать нормативный микроклимат, состав и качество воздушной среды в помещениях лечебного учреждения. Венткамеры должны содержаться в чистоте. Ежегодно должен проводиться профилактический осмотр и ремонт отопительных и вентиляционных систем, о чем должен быть составлен соответствующий акт. Один раз в год, а при необходимости чаще, должен проводиться освежающий косметический ремонт помещений (побелка, покраска). Устранение дефектов (трещин, щелей, протечек, промочек, промерзаний, плесени, следов сырости, нарушение целости облицовочных материалов, плитки и т.д.) необходимо проводить незамедлительно. Столярные изделия (двери, окна, плинтуса) должны иметь гладкие гигиенические покрытия, быть плотно подогнанными, не иметь щелей, шероховатостей и других дефектов, затрудняющих их эксплуатацию и уборку. На зимний период окна должны быть утеплены, форточки, фрамуги должны находиться в исправном состоянии, иметь приспособления для открывания. Наличие разбитых оконных стекол не допускается.

Лечебные учреждения должны быть обеспечены медицинским оборудованием, мебелью, инвентарем в соответствии с табелем оснащенности медицинских учреждений. В отделениях должны быть в наличии средства малой механизации (каталки, тележки для доставки лекарств, пищи, белья и т.д.), тумбочки, стулья по числу больных, столы и другая мебель и инвентарь. Вся мебель, инвентарь должны иметь гигиеническое покрытие, быть легко очищаемыми и доступными для уборки. Хранение неиспользованного оборудования, мебели, инвентаря должно осуществляться в инвентарных кладовых.

1. **Требования к микроклимату и воздушной среде**

Комфортные условия микроклимата лечебных и родовспомогательных учреждений обеспечиваются при помощи конвективной и радиационной систем отопления (в отопительный период) и приточно-вытяжной вентиляции с механическим побуждением, а также систем кондиционирования воздуха. Радиационное (панельное) отопление может быть использовано в летний период для предупреждения перегрева помещений путем подачи в систему охлажденного теплоносителя.

Наружный воздух, подаваемый приточными вентустановками, надлежит очищать при помощи специальных фильтров. Рециркуляция воздуха в лечебных учреждениях не допускается. Очистка воздуха, подаваемого в операционные, наркозные, родовые, реанимационные послеоперационные палаты, а также в однокоечные и двухкоечные палаты с ожогами кожи, должна производиться при помощи бактериологических фильтров. Очистка фильтров должна проводиться 1 раз в месяц, замена фильтров - по мере загрязнения. Не реже 1 раза в год необходимо контролировать чистоту воздухозаборов и воздуховодов. Дезинфекция воздуховодов проводится по эпидемиологическим показаниям. Забор наружного воздуха для вентиляционных систем лечебных учреждений должен производиться, как правило, на территории садово-парковой зоны на высоте не менее 1 м от поверхности земли.

Расчетную температуру и кратность воздухообмена в помещениях лечебно-профилактических учреждений следует принимать согласно действующих СНиП и ВСН "Лечебно-профилактические учреждения". При этом температура в палатах для взрослых должна быть не менее 20 °С, операционных, послеоперационных, реанимационных, родовых и других аналогичных помещениях - 22 °С, палатах недоношенных и травмированных грудных детей и больных тиреотоксикозом - 25 °С, душевых - 25 °С. Относительную влажность воздуха в основных функциональных подразделениях лечебных учреждений следует принимать 55 - 60%, скорость движения воздуха не должна превышать 0,15 м/сек.

В многопрофильных больницах, как правило, должна предусматриваться система кондиционирования воздуха, дающая возможность автоматического регулирования микроклимата (в пределах следующих значений: температура воздуха 20 - 25 °С, относительная влажность 40 - 70%, подвижность воздуха 0,1 - 0,15 м/с). Содержание токсических веществ и других примесей в воздухе помещений лечебных учреждений не должно превышать утвержденных Минздравом СССР "Предельно допустимых концентраций загрязняющих веществ в атмосферном воздухе населенных мест".

1. **Требования к искусственному и естественному**

**освещению помещений.**

Помещения больниц и родовспомогательных учреждений должны иметь естественное освещение. Освещение вторым светом или только искусственное освещение допускается в помещениях санузлов, оборудованных при палатах, фотолабораторий, клизменных, гигиенических ванн, душевых для персонала, комнат личной гигиены, наркозных, термостатных, микробиологических боксов. Коридоры палатных секций должны иметь естественное освещение (посредством окон в торцевых стенах зданий или холлов).

Освещение помещений больничных учреждений следует принимать в соответствии с ВСН "Лечебно-профилактические учреждения". При этом освещенность рабочих мест в операционных должна быть не менее 400 лк люминесцентных ламп, (л.л.) или 200 лк для ламп накаливания (л.н.); в родовых, реанимационных, наркозных, перевязочных, кабинетах ангиографии, кабинетах хирургов, акушеров-гинекологов, травматологов, педиатров, инфекционистов, дермато-венерологов, стоматологов, аллергологов, смотровых, приемно-смотровых боксах, лабораторных кабинетах срочных анализов, серологических и колориметрических исследований, лабораторных боксах и других помещений, требующих высокой степени освещенности - 500 лк (л.л.) или 200 лк (л.н.); в предоперационных, кабинетах врачей без приема больных, кабинетах трудотерапии, радиометрических и дозиметрических кабинетах, препараторских и лаборантских - 300 лк. (л.л.) или 150 лк (л.н.) - (для врачебных кабинетов).

Искусственное освещение в послеоперационных палатах, палатах интенсивной терапии, палатах для новорожденных, кабинетах функциональной диагностики, приемных фильтрах, помещениях электросветолечения и теплолечения, массажа и лечебной физкультуры, эндоскопических кабинетах, ванных, душевых и ряде других функциональных помещений - 150 лк (л.л.) или 75 лк (л.н.), для прочих палат - 100 лк (л.л.) или 50 лк (л.н.).

В лечебных учреждениях допускается применение только светильников и источников света, типы и виды которых согласованы с Министерством здравоохранения СССР. Применяемые люминесцентные светильники должны быть укомплектованы пускорегулирующими аппаратами с особо сниженным уровнем шума.

Люминесцентное освещение помещений, в которых производится диагностический осмотр больных, должно осуществляться лампами типа ЛХС, производственных помещений клинических и биохимических лабораторий - лампами типа ЛДЦ, в других помещениях допускается использование ламп типа ЛЕ и ЛБ.

Светильники общего освещения, подвешиваемые к потолкам, должны иметь защитную арматуру со сплошными (закрытыми) рассеивателями. Для освещения палат должны применяться настенные комбинированные светильники (общего и местного освещения), устанавливаемые у каждой койки на высоте 1,7 м от уровня пола. Указанные светильники не следует применять в детских и психиатрических отделениях. В палатах, кроме того, устанавливаются в нишах около двери на уровне 0,3 м от пола светильники ночного освещения. (В детских и психиатрических отделениях светильники ночного дежурного освещения устанавливаются в нишах над дверными проемами на высоте 2,2 м от уровня пола.) В кабинетах врачей у кушеток необходимо устанавливать настенные бра. В кабинетах врачей специалистов функциональной диагностики допускается устанавливать светильники не полностью закрытые, но преимущественно с лампами накаливания. Общее освещение кабинетов рентгенодиагностики, рентгенобронхоскопии, лапароскопии выполняется закрытыми светильниками с лампами накаливания.

Выключатели общего освещения палат должны устанавливаться в коридорах у входов в палаты, местного - у постели больного. Выключатели ночного дежурного освещения палатных отделений устанавливаются у поста дежурной медицинской сестры. Выключатели общего и ночного освещения психиатрических отделений следует предусматривать в помещении обслуживающего персонала или специальных нишах с запирающимися дверцами. Выключатели общего и ночного дежурного освещения в детских отделениях должны устанавливаться в коридорах на высоте 1,8 м.

В помещениях больничного комплекса должно быть предусмотрено аварийное и эвакуационное освещение. Аварийное освещение для временного продолжения работ следует предусматривать в операционных блоках, реанимационных, родовых отделениях, перевязочных, манипуляционных, процедурных, приемных отделениях, на постах медсестер, лабораториях срочных анализов, а также для выполнения неотложных или аварийных работ в насосных, электрощитовых, теплопунктах, с обеспечиванием не ниже 5% нормируемого уровня освещенности. Аварийное освещение для эвакуации людей следует предусматривать в палатных секциях, в коридорах, вестибюлях, лестничных клетках с обеспечением освещения указанных помещений не менее 5 лк.

Для обеспечения нормативного освещения рабочих мест и помещений может применяться комбинированное (общее и местное) освещение. Для местного освещения могут быть использованы переносные лампы, для чего на рабочих местах, а также у коек больных должны быть оборудованы штепсельные розетки. В палатных секциях должна быть оборудована световая сигнализация с установкой выключателей у каждой койки и светильника над входной дверью в палату. Осветительные сети, арматура, светильники должны быть в исправном состоянии, своевременно очищаться от пыли. Перегоревшие лампы должны немедленно заменяться. Территория больницы должна освещаться стационарными светильниками наружного освещения, прямой свет от которых не должен попадать в окна палат.

1. **Санитарно-гигиенический режим в лечебных учреждениях**

В больницах и родовспомогательных учреждениях должен быть обеспечен строгий охранительный режим (соблюдение тишины в отделениях: отсутствие громких разговоров, шумных игр, телепередач, своевременное устранение наружных и внутренних источников шума, в том числе шума от работы оборудования, лифтов, вентсистем, холодильников, неисправных водопроводных кранов, светильников, и т.д.). В каждом лечебном учреждении должен строго соблюдаться установленный распорядок дня, проводиться обязательный послеобеденный отдых больных ("тихий час"). Передачи и посещения больных должны осуществляться в установленное распорядком время. Помещения больниц должны подвергаться ежедневной тщательной влажной уборке не менее 2-х раз, а при необходимости чаще. Применение дезинфицирующих средств должно определяться спецификой режима помещений и профилем учреждения (подразделения).

Проветривание палат необходимо проводить не менее 4-х раз в день. Помещения операционных, родзалов и палат новорожденных облучать бактерицидными лампами.

В лечебных учреждениях должна строго соблюдаться личная гигиена больными (гигиенические помывки и смена белья не реже 1 раза в 10 дней, о чем должна быть отметка в истории болезни); при необходимости белье необходимо менять чаще (по мере загрязнения). Периодически должна быть организована стрижка и бритье больных. Курение и употребление спиртных напитков в лечебных учреждениях категорически запрещается. Больничное белье, одежда должны быть чистыми и проглаженными, не должны иметь дефектов, быть установленной формы и строго подобранной по размеру. Больные должны иметь индивидуальную посуду и другие средства индивидуального ухода.

Категорически запрещается посещение больных родственниками и знакомыми в верхней одежде и уличной обуви.

1. **Требования к условиям труда, быта и личной гигиене**

**медицинского персонала**

Лечебные учреждения должны иметь необходимый состав и площади санитарно-бытовых помещений для медицинского персонала в соответствии с действующими СНиП (ВСН). При этом должны быть соблюдены следующие требования:

а) количество шкафов в гардеробных следует принимать равным 100% списочного состава персонала (кроме персонала приемных отделений детских и инфекционных больниц);

б) количество душевых кабин следует принимать из расчета:

1 душевая кабина на 10 человек в инфекционных и туберкулезных отделениях, а в остальных отделениях - 1 душевая кабина на 15 человек работающих в наибольшей смене среднего и младшего персонала;

в) количество санитарных приборов для персонала следует принимать из расчета: 1 прибор на 50 человек в мужских уборных и 1 прибор на 30 человек в женских уборных;

г) площадь гардеробных уличной одежды следует принимать из расчета 0,8 кв. м на 1 вешалку (крючок) гардеробной, а число мест гардеробной - 60% списочного состава персонала;

д) площадь гардеробных для домашней и рабочей одежды персонала следует принимать из расчета 0,4 кв. м на 1 шкаф. Гардеробные, как правило, должны быть обеспечены двухстворчатыми закрывающимися вентилируемыми шкафами, обеспечивающими раздельное хранение домашней и рабочей (санитарной) одежды, обуви и головных уборов.

При количестве женщин, работающих в наиболее многочисленной смене, более 100, должно быть предусмотрено помещение личной гигиены женщин согласно СНиП "Вспомогательные здания и помещения промышленных предприятий", имеющее в своем составе процедурные кабины, оборудованные гигиеническими душами с индивидуальными смесителями холодной и горячей воды, умывальниками, местами для раздевания. Размер процедурной кабины следует принимать не менее 1,8 x 1,2 м. В кабинах должны быть крючки для одежды и белья.

При количестве работающих в лечебном учреждении женщин менее 100, следует предусматривать кабину с гигиеническим душем размером не менее 2,4 x 1,2 м, размещаемую в женской уборной.

Для обеспечения обслуживающего персонала горячим питанием в лечебных учреждениях должны быть предусмотрены столовые или буфеты. Количество посадочных мест в них, а также состав и площади производственных и вспомогательных помещений следует принимать в соответствии с главой СНиП по проектированию предприятий общественного питания.

В структурных подразделениях лечебных учреждений (отделениях, лабораториях и др.) для медперсонала должны быть выделены и оборудованы комнаты отдыха и приема пищи.

Санитарно-бытовые помещения должны содержаться в чистоте. Влажная уборка помещений должна проводиться не менее 2-х раз в сутки с применением дезрастворов. 1 раз в месяц необходимо проводить генеральную уборку.

Обслуживающий медицинский персонал должен быть обеспечен не менее чем 3-мя комплектами рабочей (санитарной) одежды: халатами, косынками, тапочками, сменной обувью (тапочками). В наличии постоянно должен быть халат и косынка (шапочка) для смены на случай загрязнения. Санитарная одежда должна быть единой (установленной для учреждения) формы, как правило, белого цвета, безукоризненно чистой и выглаженной. Волосы должны быть подобраны под косынку (колпак, шапочку). Не допускается ношения во время работы колец, серег и других украшений и посторонних предметов в карманах халатов.

Каждый сотрудник, поступающий на работу, должен пройти медицинский осмотр, в том числе осмотр отоларингологом, стоматологом, дермато-венерологом (для женщин - гинекологом) с проведением бактериологических исследований на наличие патогенной и условно-патогенной микрофлоры.

Декретированные контингенты (персонал детских больниц, роддомов и отделений, имеющие непосредственное отношение к обслуживанию и питанию детей и др.), должны подвергаться предварительным (при поступлении) и в дальнейшем периодическим медицинским обследованиям в соответствии с утвержденной инструкцией о порядке медосмотров указанных контингентов работающих.

В целях профилактики профессиональных заболеваний медицинский персонал, работающий с вредными (токсическими и другими) веществами или подвергающийся воздействию неблагоприятных факторов (рентгеновских и ионизированных излучений, электромагнитных полей, повышенной влажности и т.д.), должен при поступлении на работу и в дальнейшем в установленные сроки проходить медицинский осмотр в соответствии с Приказом Минздрава РБ "О проведении обязательных предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров трудящихся, подвергающихся воздействию вредных и неблагоприятных условий труда".

Персонал операционных блоков, отделений реанимации, интенсивной терапии и хирургии, принимающий участие в операциях, перевязках и обслуживающий послеоперационных больных, а также персонал родильных домов (отделений), отделений новорожденных, должен 1 раз в квартал проходить обследование на носительство патогенного стафилококка.

С целью оздоровления воздушной среды операционных (родзалов) помимо организации необходимого воздухообмена следует удалять или поглощать пары наркотиков, поступающие в воздушное пространство операционных с выдыхаемым воздухом, используя поглощающие фильтры с активированным углем или поглотителем и отводящие шланги..

В отделениях больниц, роддомов и других подразделений (особенно операционных блоков и родблоков) осуществлять постоянный контроль за состоянием воздушной среды и микроклимата помещений, иметь в помещениях комнатные термометры для измерения температуры.

С целью уменьшения нервно-эмоционального перенапряжения персонала рекомендуется формировать бригады, участвующие в операциях и реанимационных мероприятиях с учетом психологической совместимости. Не допускать включения в хирургические бригады для выполнения плановых операций персонала после ночного дежурства, а также обеспечить чередование операционных и неоперационных дней.

1. **Санитарно-гигиенические требования к пищеблоку**

Пищеблок следует размещать в отдельно стоящем здании, не сблокированном с главным корпусом, с удобными наземными и подземными транспортными связями (галереями) с корпусами, кроме инфекционных.

Санитарно-гигиенические требования к устройству, оборудованию, содержанию пищеблока, буфетных отделений, кулинарной обработке и реализации пищевых продуктов предусмотрены Санитарными правилами для предприятий общественного питания, СанПИН «Условия, сроки хранения особо скоропортящихся продуктов», а также требованиями действующих приказов, инструкций Минздрава РК, касающихся улучшения контроля и организации питания в лечебно-профилактических учреждениях.

При приготовлении блюд необходимо строго соблюдать поточность производственного процесса. Нельзя допускать встречных потоков сырья и готовой продукции.Пищевые продукты, поступающие на пищеблок, должны соответствовать требованиям действующей нормативно-технической документации и сопровождаться документами, устанавливающими их качество.Не допускаются к приему пищевые продукты без сопроводительных документов, с истекшим сроком хранения, с признаками порчи. В сопроводительных документах о качестве особо скоропортящихся продуктов должны быть указаны дата и час выработки продукта, а также дата и час его конечного срока хранения.

На пищеблок лечебно-профилактического учреждения допускается к приемке мясо только при наличии клейма. Мясо с ветеринарным свидетельством, но без клейма, а также условно годное принимать категорически запрещается. Допускается приемка мяса и яйца не ниже II категории.Запрещается принимать водоплавающую птицу в непотрошенном виде, сырые утиные и гусиные яйца, а также куриные из инкубатора (миражные), крупы, муку, поврежденные амбарными вредителями.

В действующих пищеблоках маленьких больниц, которые недостаточно обеспечены холодом, в холодильной камере должны строго соблюдаться правила товарного соседства пищевых продуктов.Не допускается совместное хранение сырых продуктов или полуфабрикатов с готовыми изделиями, хранение испорченных или подозрительных по качеству продуктов совместно с доброкачественными, а также хранение в помещениях вместе с пищевыми продуктами тары, тележек, хозяйственных материалов и непищевых товаров. Сильно пахнущие продукты (сельди, специи и т.п.) должны храниться отдельно от остальных продуктов. Холодильные камеры для хранения скоропортящихся продуктов должны иметь маркировку по видам продуктов.

Во всех котломоечных, посудомоечных (в т.ч. буфетных отделениях) должны быть установлены резервные электротитаны с подводкой воды к моечным ваннам.Все моечные ванны должны присоединяться к канализационной сети с разрывом струи не менее 20 мм от верхней приемной воронки.

При составлении меню-раскладки должны учитываться утвержденные Минздравом РК нормы питания, а также основные принципы составления меню-диет.Питание больных должно быть разнообразным и соответствовать лечебным показаниям по химическому составу, энергоценности, набору продуктов, режиму питания.При разработке планового меню, а также в дни замены продуктов и блюд должен осуществляться подсчет химического состава и калорийности диет. Контроль за химическим составом фактически приготовленных блюд осуществляется санэпидстанциями ежеквартально.

До начала выдачи пищи в отделениях качество готовых блюд должно проверяться поваром, готовившем блюдо, а также бракеражной комиссией с соответствующей записью в бракеражном журнале. В состав бракеражной комиссии входят врач диетолог (при его отсутствии диетсестра), заведующий производством (шеф-повар), дежурный врач по больнице. Периодически главный врач лечебно-профилактического учреждения в различное время и вне зависимости от пробы, проводимой членами бракеражной комиссии, также осуществляет проведение бракеража готовой пищи.

Для снятия пробы на пищеблоке должны быть выделены отдельные халаты для членов бракеражной комиссии.Снятие пробы проводится следующим образом: половником из котла (для первых блюд), ложкой (для вторых блюд) берется готовая пища. Снимающий пробу отдельной ложкой берет из половника или из тарелки (для вторых блюд) готовую пищу и переносит ее на ложку, с помощью которой непосредственно проводит пробу пищи. Ложка, используемая для взятия готовой пищи, после каждого блюда должна ополаскиваться горячей водой. После снятия пробы в бракеражном журнале делается отметка о качестве приготовленного блюда, указывается время проведения бракеража и дается разрешение на употребление блюд в пищу. За снятие пробы плата с членов бракеражной комиссии не взимается.Ежедневно на пищеблоке должна оставляться суточная проба приготовленных блюд. В течение дня для суточной пробы отбирают блюда, указанные в меню-раскладке, из наиболее массовых диет в чисто вымытые стерильные стеклянные банки. Для суточной пробы достаточно оставлять полпорции первых блюд, порционные вторые блюда (котлеты, биточки, сырники и т.п.) отбираются целиком в количестве не менее 100 г., третьи блюда отбираются в количестве не менее 200 г. Для хранения суточной пробы должен быть выделен бытовой холодильник. Храниться суточная проба должна в закрытых крышками банках. По истечении 24 часов суточная проба выбрасывается в пищевые отходы. Крышки и банки перед отбором суточной пробы должны подвергаться кипячению не менее 5 минут.

При раздаче первые блюда и горячие напитки должны иметь температуру не ниже 75 градусов С, вторые - не ниже 65 градусов С, холодные блюда и напитки - от 7 до 14 градусов С. До момента раздачи первые и вторые блюда могут находиться на горячей плите до 2 часов. Категорически запрещается смешивание пищи с остатками от предыдущего дня и пищей, изготовленной в более ранние сроки того же дня.

На пищеблоке не разрешается проводить мытье столовой посуды, приборов из отделений.При экспедиции пищеблока должно быть выделено помещение для мытья и хранения кухонной посуды из отделений (термоса, кастрюли, ведра и т.п.). В этом помещении запрещается мытье и хранение кухонной посуды пищеблока, а также посуды из инфекционных отделений.При отсутствии условий для мытья и хранения кухонной посуды на пищеблоке, кухонная посуда из отделений должна обрабатываться и храниться в буфетах.В этих случаях в моечной буфетных отделений должна быть установлена ванна утвержденных размеров и выделено место для хранения кухонной посуды.

В складской группе помещений пищеблока должно быть предусмотрено помещение для мытья оборотной тары, контейнеров, тележек для транспортирования, оборудованное трапом с бортиком, высотой не менее 30 см, с подводкой горячей и холодной воды через смесители.

Для транспортирования пищевых продуктов с баз, снабжающих лечебно-профилактические учреждения, а также при доставке готовых блюд в отделения должен использоваться автотранспорт, имеющий разрешение санэпидстанции для перевозки пищевых продуктов (санитарный транспорт).

Автотранспорт для перевозки готовой пищи и пищевых продуктов должен быть чистым. Ежедневно, а в случаях загрязнения транспорта и после каждой перевозки пищевых продуктов и готовой пищи, он должен промываться. Промывка автотранспорта производится в гараже, где должна быть предусмотрена площадка для мытья транспорта со стоком воды в ливневую канализацию.Для транспортирования готовой пищи в буфетные отделения больницы используют термосы, тележки термосы, мармитные тележки или плотно закрывающуюся крышками посуду.

Категорически запрещается использование на пищеблоке и в буфетных отделениях эмалированной посуды (ведер, кастрюль) для перевозки и хранения готовой пищи и пищевых продуктов.При транспортировании готовой пищи внутри лечебно-профилактического учреждения с помощью тележек кастрюли, ведра, термосы должны быть плотно закрыты крышками. Ежедневно, а в случае загрязнения и после каждой перевозки готовой пищи, тележки должны промываться.Транспортировка хлеба должна осуществляться в полиэтиленовых или клеенчатых мешках, хранение хлеба в которых не разрешается. Периодически мешки должны промываться водой и просушиваться.Допускается перевозка хлеба в закрытых крышкой емкостях (ведрах, кастрюлях и т.п.), не разрешается использовать для этих целей тканевые мешки.Транспорт, используемый для перевозки пищевых продуктов и готовой пищи, запрещается использовать для других целей.

При охлаждаемых камерах для отходов должно быть предусмотрено место с подводкой воды и канализации для мытья бачков.В тамбуре туалета пищеблока должно быть оборудовано место для забора и слива воды для мытья полов.На пищеблоке должно быть выделено помещение для хранения моющих и дезинфицирующих средств, уборочного инвентаря. Уборочный инвентарь должен быть промаркирован, моющие и дезинфицирующие средства должны храниться в маркированных емкостях.

Спецодежда из пищеблока и буфетных отделений должна стираться в прачечных. Запрещается стирка одежды на дому и в помещениях пищеблока.

1. **Санитарно-гигиенические требования к буфетным отделениям**

В буфетных отделениях должно быть предусмотрено два раздельных помещения (не менее 9 квадратных метров) и моечная посуды (не менее 6 квадратных метров) с установкой 5-гнездной ванны.

Раздачу готовой пищи производят в течение 2 часов, прошедших после ее изготовления и времени доставки пищи в отделение.Категорически запрещается оставлять в буфетных остатки пищи после ее раздачи больным, а также смешивать пищевые остатки со свежими блюдами.Раздачу пищи больным производят буфетчицы и дежурные медицинские сестры отделения. Раздача пищи должна производиться в халатах с маркировкой «Для раздачи пищи». Контроль раздачи пищи в соответствии с назначенными диетами осуществляет старшая медицинская сестра. Не допускается к раздаче пищи младший обслуживающий персонал.

В местах приема передач и в отделениях должны быть вывешены списки разрешенных (с указанием их предельного количества) и запрещенных для передачи продуктов.

Ежедневно дежурная медицинская сестра отделения должна проверять соблюдение правил и сроков хранения пищевых продуктов, хранящихся в холодильных отделениях, в тумбочках больных.Передачи для больных должны передаваться в целлофановых пакетах с указанием ФИО больного, даты передачи. При обнаружении пищевых продуктов с истекшим сроком хранения, хранящихся без целлофановых пакетов (в холодильниках), без указания Ф.ИО больного, а также имеющиеся признаки порчи, должны изыматься в пищевые отходы.О правилах хранения передач больной должен быть информирован при поступлении в отделение. В отделениях дежурными медсестрами должно проверяться соответствие передаваемых пищевых продуктов диете больного, их количество, доброкачественность.

1. **Дезинфекция.**

**Дезинфекция-** Это система мероприятий, направленных на уничтожение возбудителей болезней и создание условий, препятствующих их распространению в окружающей среде.

Различают два вида дезинфекции: профилактическую и проводимую в эпидемическом очаге, которая, в свою очередь, делится на текущую и заключительную.

Профилактическую и текущую дезинфекцию в эпидемическом очаге проводят младшие медицинские сестры и медицинские сестры. Для проведения заключительной дезинфекции в эпидемическом очаге могут приглашаться сотрудники центра санитарно-эпидемиологического надзора и дезинфекционных станций.

Инвентарь для проведения дезинфекционных мероприятий

(ведра, швабры, ветошь и др.) маркируется и используется только в тех помещениях, для которых предназначен.

Профилактическая дезинфекция проводится в помещениях независимо от наличия инфекционных заболеваний с целью предупреждения накопления и распространения возбудителей болезней. Для обеззараживания воздуха используют ультрафиолетовые лучи, проветривание. Предметы обстановки, игрушки, пол и т.д. протирают (не реже 2 раз в день) тряпкой, смоченной 0,2-1 % раствором хлорамина либо другими дезинфицирующими растворами.

Влажное протирание мебели проводят ежедневно. Панели моют или протирают влажной тряпкой 1 раз в 3 дня. Верхние части стен, потолки, плафоны очищают от пыли 1 раз в неделю, с такой же частотой протирают оконные рамы и двери. Очень важно ежедневное влажное протирание радиаторов и труб центрального отопления, так как имеющаяся пыль может прогореть, при этом образуется оксид углерода, что является недопустимым. Мягкие вещи (ковры, портьеры, покрывала, одеяла) выколачивают и вытряхивают на открытом воздухе или чистят пылесосом.

Приводим характеристики наиболее распространенных дезинфицирующих растворов, применяемые в медицинской практике:

1. **Хлорная известь (гипохлорид кальция)** представляет собой белый мелкий порошок с резким запахом хлора. Хранят в сухой, защищенной от света таре. Используют в сухом виде для обеззараживания выделений больного.

Довольно часто применяется осветленный раствор хлорной извести. Растворы хлорсодержащих веществ готовят в деревянной, эмалированной, фаянсовой или защищенной от коррозии металлической посуде с закрывающейся крышкой. Используют 10 % и 20 % растворы. Расчетное количество хлорной извести размешивают в небольшом количестве воды до образования равномерной кашицы, затем, продолжая помешивать, доливают воду до общего объема, снова перемешивают до образования однородной взвеси и оставляют под крышкой на 24 ч. В течение первых 4 ч необходимо не менее 3 раз перемешивать смесь. Через 24 ч осторожно, не взбалтывая осадка, осветленный раствор сливают. Для дезинфекции обычно используют 0,2-1 % рабочий раствор, изготовленный из исходного осветленного раствора (на 10 л требуется 200-1000 мл исходного осветления 10 % раствора).

2. **Хлорамин Б (N-хлорбензольсульфонамид натрия**) - белый кристаллический порошок, содержащий 25-29 % активного хлора. Для обеззараживания используют 0,2-4 % раствор хлорамина. Готовят 1 % раствор хлорамина Б, размешивая порошок в небольшом количестве горячей воды (50-60 °С), затем доводят раствор водой до нужного объема. На 10 л воды необходимо 0,1 кг хлорамина. Срок хранения готового раствора - не более 5 дней.

3. **Двутретьосновная соль гипохлорида кальция (ДТСГК)** - белый сухой кристаллический порошок, содержащий от 47 до 52 % активного хлора. Готовят 5 % раствор ДТСГК, добавляя к расчетному количеству сухого вещества вначале небольшой объем воды, затем (после размешивания) доводят водой до общего объема. На 10 л воды необходимо 0,5 кг ДТСГК. Срок хранения готового раствора - не более 5 дней. При работе с растворами ДТСГК следует соблюдать меры предосторожности: применять резиновые перчатки и ватно-марлевые повязки.

4. **Полисепт (полигексаметиленгуанидин гидрохлорид - полимер)**. Для приготовления 1 % рабочего раствора исходный 25 % концентрат разбавляют водой в 25 раз. На 1 л раствора требуется 40 мл концентрата и 960 мл воды, на 10 л - соответственно 400 и 9600 мл. Рабочие растворы можно готовить в емкостях из любого материала.

Полисепт предназначен для профилактической, текущей и заключительной дезинфекции в лечебно-профилактических учреждениях и очагах инфекционных заболеваний бактериальной этиологии (кроме туберкулеза). Обеззараживание выполняют способом протирания, погружения, замачивания. При приготовлении и работе с растворами полисепта следует пользоваться резиновыми перчатками. Лица с аллергической предрасположенностью не должны допускаться к работе с препаратом.

5. **Жавель-клейд, ди-хлор и другие хлорсодержащие таблетки.** Дезинфицирующие препараты на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты, обладающие бактерицидной, туберкулоцидной, спорацидной (В. anthracis и др.), вирулицидной активностью (парентеральные гепатиты, ВИЧ-инфекция, вирус SARS и др.) и фунгицидной активностью (грибы рода Candida, Trichophiton). Максимально активны в слабокислых растворах. 1 таблетка предназначена на 10 л воды. Препараты не требуют особых условий хранения и предназначены для дезинфекции, в том числе изделий медицинского назначения.

|  |
| --- |
|  |

6**. Мыльно-содовый раствор 1-2 %** готовят, добавляя в воду соответствующее количество хозяйственного мыла и бикарбоната натрия (сода). Для приготовления 1 % раствора 0,1 кг хозяйственного мыла и 0,1 кг соды разводят в 10 л воды. Раствор готовят непосредственно перед использованием.

7. **Аламинол, виркон, гигасепт, лизетол и бианол** - новые средства без запаха хлора в виде концентратов, поэтому для дезинфекции используются 0,5-2 % водные растворы этих препаратов.

8. **Дезактив-М**. Смесь четвертичных аммониевых солей. Дезинфицирующее средство с моющим эффектом. Выпускается в упаковках по 1 л. Предназначено для профилактической дезинфекции, включая отделения неонатологии, инфекционные очаги, обработку кувезов, поверхностей медицинских аппаратов и приборов, предметов ухода за больным, посуды столовой и лабораторной, игрушек, обуви, рабочих поверхностей, санитарного транспорта, медицинских отходов и т.д.

9. **Аспирматик** - дезинфицирующее средство (концентрат). Предназначен для ежедневной очистки и дезинфекции медицинских отсасывающих систем, плевательниц и отводящих систем, пригоден для всех препаратов амальгамы. Срок хранения - 3 года, после вскрытия - 3 мес, рабочий раствор - 1 мес.

10. «Гигасепт Инстру АФ» («Лизетол АФ»). Концентрат (1:50). Используется как дезинфицирующее средство и в качестве предстерилизационной очистки, не вызывает коррозии и порчи инструментария, в том числе гибких эндоскопов. Готовый раствор можно использовать многократно. Срок хранения - 3 года, готовый раствор - 7 дней.

11**. Терралин** - дезинфицирующее средство, концентрат (1:400). Предназначен для дезинфекции поверхностей, мебели, саноборудования в детских лечебно-профилактических учреждениях.

12. **Антисептики «Октенидерм», «Октениман», «Октенисепт»** предназначены для обработки рук хирургов и операционного поля. Характеризуются быстрой дезинфекцией с эффектом до 6 ч, способствуют заживлению ран, не раздражают кожу. Препараты активны в отношении грамположительных и грамотрицательных бактерий, туберкулеза, грибков, вирусов, гепатитов В, С, D, а также ВИЧ-инфекции. Срок хранения - 5 лет.

К мерам профилактической дезинфекции относят также мытье рук с мылом (необходимо осуществлять систематически как персоналу, так и больным детям), кипячение воды, соблюдение санитарных правил при раздаче пищи.

Текущую дезинфекцию проводят для снижения инфицированности предметов обстановки, помещений, находящихся около источника инфекции. Обеззараживают все выделения больного и предметы, к которым он прикасался, особенно важна текущая дезинфекция при кишечных инфекциях и гнойных заболеваниях.

Существуют механические, физические и химические способы проведения дезинфекции. При механическом способе стирают белье, моют руки, удаляют пыль и грязь влажной тряпкой. К физическим способам относится кипячение, эффективность которого возрастает при добавлении в воду бикарбоната натрия (20 г на 1 л воды), хозяйственного мыла (10-20 г на 1 л воды). Применяют также водяной пар, уничтожающий не только микроорганизмы, но и споры. Химические способы дезинфекции являются наиболее распространенными и заключаются в применении различных дезинфицирующих растворов.

Заключительную дезинфекцию проводят для полной ликвидации возбудителей заболевания в боксе, палате, отделении. Дезинфекции подвергаются помещения, предметы обихода, одежда. Важнейшим методом заключительной дезинфекции помещений является их обработка из гидропульта смесью различных дезинфицирующих растворов. Заключительной может быть и дезинфекция поверхностей предметов путем их протирания или мытья. Некоторые предметы (например, мягкая мебель, книги, обувь и др.) следует дезинфицировать в дезинфекционных камерах.

Требования к выбору дезинфицирующих средств в системе профилактики ВБИ. Стерилизация является наиболее надежной изо всех микробицидных и микробиостатических мер. В тех случаях, когда стерилизация невозможна или не применяется, проводится термическая дезинфекция, которая является более эффективной, чем применение химических средств. Тем не менее, методам химической дезинфекции в стационарах также необходимо уделять должное внимание, тем более что в настоящее время отечественные и зарубежные разработчики рекомендуют новые эффективные химические агенты.

При всем многообразии дезинфицирующих средств количество компонентов, входящих в их состав, весьма ограничено: галогены, спирты, перекиси, фенолы, четвертичные аммониевые соединения, альдегиды, третичные амины, кислоты. У каждого из них есть определенный спектр антимикробной активности, который и определяет эффективность дезинфицирующего средства, изготовленного на основе данного соединения (Приложение табл. 1).

В зависимости от типа приборов или характера обрабатываемых поверхностей необходимо использовать различные технологии обеззараживания и различные дезинфицирующие средства. Все предметы ухода за больными и инструменты по И.Х. Сполдингу делят на 3 категории - в зависимости от рисков инфицирования, связанных с их применением:

* 1. критичные - проникающие через покровы в ткани организма;
  2. полукритичные - соприкасающиеся с неповрежденными слизистыми оболочками и интактной кожей;
  3. некритичные - контактирующие только с неповрежденной кожей или находящиеся лишь в окружении больного или персонала.

В зависимости от этого соответствующие медицинские устройства подлежат либо стерилизации, либо дезинфекции различного уровня: высокого, промежуточного, низкого. Под дезинфекцией высокого уровня (ДВУ) понимается дезинфекция, при которой уничтожаются патогенные и условно-патогенные микроорганизмы (вирусы, включая

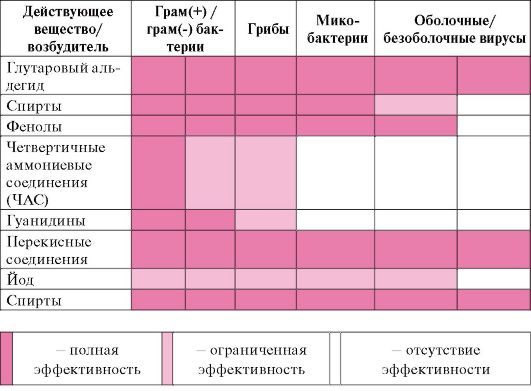
возбудителей парентеральных гепатитов, ВИЧ-инфекции, бактерии, в том числе микобактерии туберкулеза, грибы рода uandida и дерматофиты), а количество спор снижается.

Аптечные дезинфицирующие средства, как правило, представляют собой композицию на основе сбалансированной формулы, включающей одно или несколько активно действующих веществ в соотношениях, позволяющих добиться максимального синергизма или потенцирования эффекта в отношении наиболее устойчивых микроорганизмов, а также функциональных добавок, целенаправленно изменяющих их свойства. Обязательным условием для дезинфицирующего средства, используемого для ДВУ, является его спороцидное действие.

Сложности существуют в обработке некоторых диагностических приборов. Современный процесс их дезинфекции сложен, многокомпонентен и предъявляет особые требования к персоналу, используемым растворам и аппаратуре. Дезкамеры автоматизируют процесс очистки, позволяют добиваться дезинфекции высокого уровня и стерилизации при строгом соблюдении инструкций, увеличивают сроки службы дорогостоящей аппаратуры. Важно обеспечить лечебно-профилактические учреждения системами для сушки и хранения сложной аппаратуры.

**Приложение**

**Таблица 1.** Спектр антимикробной активности веществ, входящих в состав дезинфицирующих средств



**Заключение**

**Внутрибольничные инфекции**- это заболевания клинически выраженные микробной этиологией и являющиеся результатом лечения, обследования или пребывания больного в любом больничном учреждении. ВБИ являются актуальной проблемой здравоохранения как в медицинском, так и в социальном и экономическом аспектах. Они могут приводить к смерти, увеличивают сроки пребывания пациентов в стационаре, соответственно увеличивается стоимость его лечения, приводят к инвалидности. Предотвратить появление ВБИ позволяет поддержание санитарно-эпидемиологического режима, благодаря соблюдению гигиенических норм. В свою очередь гигиенические условия в больнице во многом зависят от режима и распорядка дня, санитарного содержания помещений и от соблюдения персоналом и больными [правил личной гигиены](http://all-gigiena.ru/lichnaja-gigiena). Следует обратить внимание на то, что задачи гигиенического и лечебноохранительного [режима в больнице](http://all-gigiena.ru/lit/gigiena-gabovich-shaxbazyan/sanitarno-gigienicheskij-rezhim-v-bolnice) тесно между собой переплетаются. Лечебноохранительный режим немыслим в той больнице, в которой не соблюдается гигиенический режим.

**Список использованной литературы**

1. Закон РБ № 340-3 «О санитарно-эпидиемиологическом благополучии населения» (7 января 2012 г. N 340-З);
2. Общий уход за терапевтическими больными в клинике. В.Н. Ослопов, О.В. Богоявленская (стр31-68);
3. Общий уход за больными (терапия) Г.И. Юпатов, Э.А. Доценко, В.В. Ольшанникова.
4. <http://adilet.zan.kz/rus/docs/P1200000087>
5. <https://ru.wikipedia.org/>Санитарно-эпидемиологическое заключение