

Гигиенические основы планировки ЛПО

Доцент Денисова Н.Б.



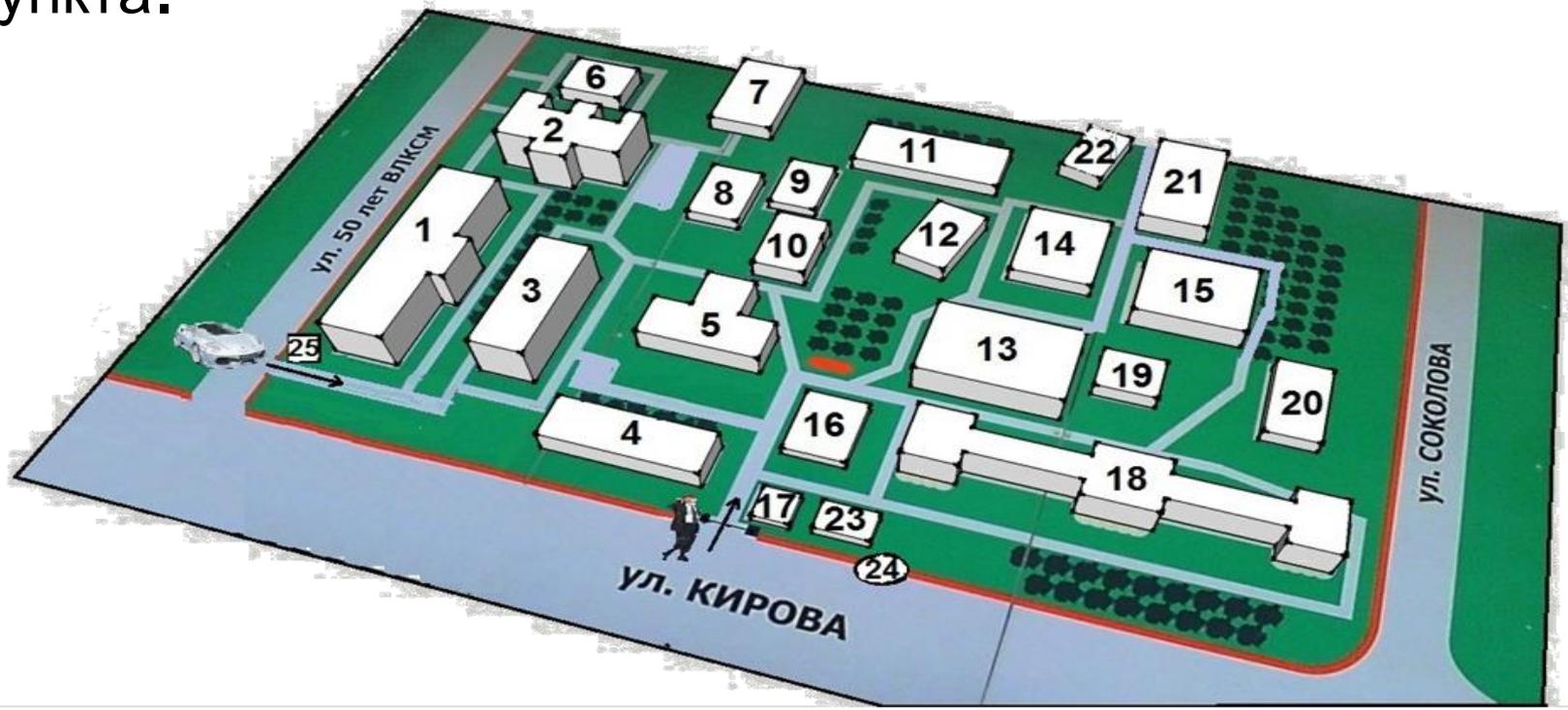
Первая больница в России была построена на 15 коек в Москве при царе Алексее Михайловиче на пожертвования боярина Федора Ртищева (1654). Энергичное больничное строительство началось при Петре I. Он первый организовал строительство госпиталей. Всего их было построено при нем 10, а к концу XVIII в. уже около 30.



Шереметьевский странноприимный дом, Богадельная палата.

Пример образцово-показательного жилья для больных и немощных

Согласно СанПиН 2.1.3.2630-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность", лечебные учреждения должны располагаться в селитебной, зеленой или пригородной зонах в соответствии с генеральным планом населенного пункта.



ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ВЫБОРУ УЧАСТКА

1. МЕСТО РАСПОЛОЖЕНИЯ

- 1.1. больницы с поликлиниками, родильные дома, диспансеры равномерно по территории населенного пункта
- 1.2. многопрофильные больницы 600-1000 коек, специализированные больницы небольшой мощности – на окраинах района или города
- 1.3 Специализированные больницы мощностью свыше 1000 коек, стационары с особым режимом (туберкулезные, психиатрические) – в пригородной зоне
2. Достаточность площади
3. Ориентация – Ю
4. Хорошая проветриваемость
5. Уклон участка – 0,5-10%
6. сухие, чистые, пористые, воздухопроницаемые почвы
7. Глубина залегания грунтовых вод – 1-1,5 м

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ВЫБОРУ УЧАСТКА

8. Размещения участка вне зон влияния промышленных предприятий, аэропортов, скоростных магистралей, коммунальных объектов
9. СЗЗ – 50-1000 м, ПДК ВВ, ПДУ шума, вибрации, ЭМИ –на границе СЗЗ
10. Расположение участка с наветренной стороны по отношению к промпредприятиям
11. Возможность присоединения к горячему и холодному водоснабжению, канализации, электроснабжению
12. Удобные подъездные пути с твердым покрытием
13. Конфигурация участка 1:2, 2:3

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К РАЗМЕРУ УЧАСТКА

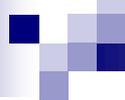
КОЕЧНАЯ ЕМКОСТЬ	50	150	300-400	500-600	800	1000
ПЛОЩАДЬ УЧАСТКА НА 1 КОЙКУ, М ²	300	200	150	100	80	60

ПЛАНИРОВКА УЧАСТКА

1. Плотность застройки не более 15 %
2. Площадь зеленых насаждений и газонов -50% (в условиях стесненной застройки возможно сокращение площади участка на 10-15%)
3. По периметру полосы зеленых насаждений – 15 м

ЗОНИРОВАНИЕ ТЕРРИТОРИИ

- административно-поликлиническая зона;
- лечебных корпусов (инфекционных и неинфекционных);
- зону радиологического корпуса;
- садово-парковая зона;
- хозяйственная зона;
- патологоанатомическая зона.



Инфекционные, кожно-венерологические, акушерские, детские, психосоматические, радиологические отделения, входящие в состав многопрофильных лечебных учреждений, размещаются в отдельно стоящих зданиях.

К инфекционному отделению предусматривается отдельный въезд (вход) и крытая площадка для дезинфекции транспорта.

ПЛАНИРОВКА УЧАСТКА

Зоны отделяются полосами зеленых насаждений – 15 м.

3 въезда: в зону лечебных неинфекционных корпусов
в зону лечебных инфекционных корпусов
в зону патологоанатомического корпуса и
хозяйственную зону

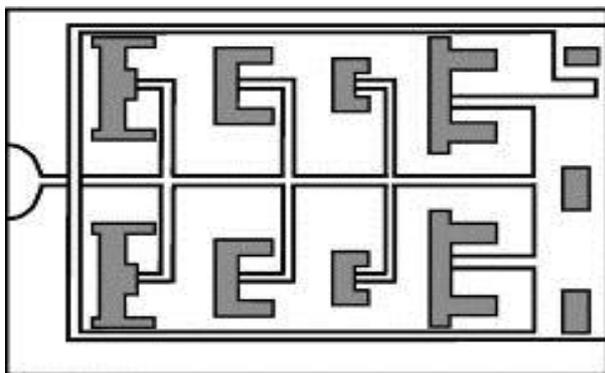
Расстояние между зданиями не менее 25 метров,
патологоанатомический корпус на расстоянии – 30 м.



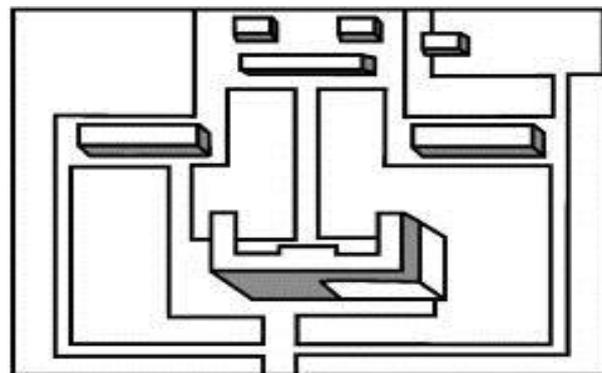
СИСТЕМЫ ЗАСТРОЙКИ

1. ДЕЦЕНТРАЛИЗОВАННАЯ
(ПАВИЛИОННАЯ)
2. ЦЕНТРАЛИЗОВАННАЯ
3. СМЕШАННАЯ

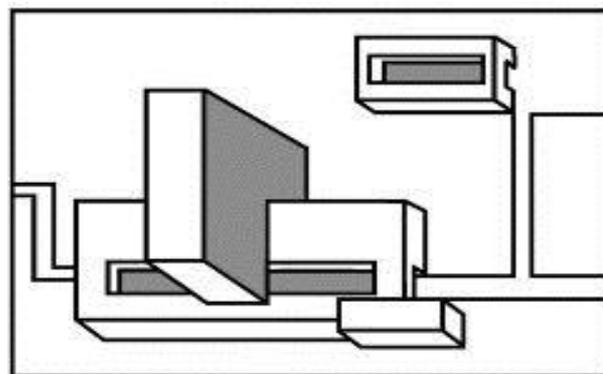
СИСТЕМЫ ЗАСТРОЙКИ



a



б



в

ДЕЦЕНТРАЛИЗОВАННАЯ СИСТЕМА

больница состоит из ряда отдельных 1-3-этажных зданий. Каждое здание имеет свое назначение - терапия, хирургия, физиотерапия, административные службы, хозяйственные и т. д.

Наиболее часто такая система применяется при строительстве детских, инфекционных и туберкулезных больниц, так как при этом достигается полная изоляция больных каждой инфекцией. Децентрализованная система позволяет устроить изолированный сад для каждого отделения, что способствует созданию в больнице тишины и покоя.

ДЕЦЕНТРАЛИЗОВАННАЯ СИСТЕМА

ПРЕИМУЩЕСТВА

1. Изолированность больничной среды
2. Комфортный шумовой режим
3. Полное использование садово-парковой зоны

НЕДОСТАТКИ

1. Удлинение путей движения больных и медицинского персонала
2. необходимость дублирования во всех лечебных корпусах специальных лечебно-диагностических кабинетов (рентгеновского, физиотерапии, лабораторий и т. д.);
3. транспортировка больных из одного приемного покоя;
4. увеличение площади участка, а следовательно, и удорожание благоустройства и подземных коммуникаций.

ЦЕНТРАЛИЗОВАННАЯ СИСТЕМА

Централизованная система застройки характеризуется двумя типами размещения:

1. **моноблочным**, где все функциональные подразделения лечебных учреждений (ЛУ) располагаются в одном корпусе - моноблоке,
2. **централизованно-блочным**, при котором часть подразделений находится в главном корпусе, остальные – в зданиях меньшей этажности (блоках), соединенных с основным корпусом переходами

ЦЕНТРАЛИЗОВАННАЯ СИСТЕМА

ПРЕИМУЩЕСТВА

1. Удобная связь между отделениями
2. Рациональное использование лечебно-диагностических служб
3. Удобство эксплуатации санитарно-технических устройств
4. Короткие графики движения больных и персонала
5. Ускорение доставки пищи
6. Сокращение площади застройки

НЕДОСТАТКИ

1. Распространение внутрибольничных инфекций
2. Трудность организации воздухообмена
3. Малое использование садово-парковой зоны

СМЕШАННАЯ СИСТЕМА

При этой системе все основные палатные отделения, не требующие изоляции, объединяются в главном корпусе, имеющем 4-5 этажей, а иногда и больше. В главном корпусе устраиваются все централизованные, хорошо оснащенные и оборудованные лечебно-диагностические отделения: рентгенологическое, физиотерапевтическое, клинко-диагностическая лаборатория, приемное отделение

Отделения, которые требуют обособленного расположения (инфекционное, родильное, детское), при смешанной системе застройки размещаются в отдельных зданиях с изолированными садово-парковыми участками.

Поликлиника, административно-хозяйственные помещения также располагаются в отдельно стоящих зданиях.

Внутренняя планировка больницы

Принципы планировки

1. Достаточность (структура площадей и помещений)
2. ПОТОЧНОСТЬ
3. ЗОНИРОВАНИЕ
4. ИЗОЛЯЦИЯ

Структура больницы

1. Приемное отделение и отделение для выписки
2. Лечебно-диагностическое отделение
3. Лаборатории
4. Пищеблок
5. Патологоанатомическое отделение
6. АХЧ
7. Центральная стерилизационная
8. Аптека
9. поликлиника

Приемное отделение

1. регистрация больных
2. Осмотр больных
3. Распределение больных по характеру и тяжести заболевания
4. Санобработка
5. Первая медицинская помощь



Приемное отделение

Приемное отделение должно иметь определенный набор помещений:

- вестибюль для ожидания с туалетом;
- регистратуру;
- помещения для осмотра, сортировки больных (смотровая, санитарный пропускник);
- диагностические помещения (процедурная; перевязочная для срочной хирургической помощи; рентгеновский кабинет; экстренная операционная; лаборатория для срочных анализов);
- помещения для временной изоляции больных;
- помещения для хранения дезсредств; мини-дезкамеру для обработки вещей педикулезных больных.

Приемное отделение

По заданию на проектирование в приемном отделении предусматриваются помещения для оказания экстренной лечебно-диагностической помощи (кабинеты лучевой диагностики, эндоскопии, смотровые, экстренные операционные, реанимационные залы, перевязочные, гипсовочные, кабинеты врачей и прочие).

Палатная секция

1. Основной структурный элемент больницы – палатная секция на 30 коек
2. Назначение – лечение больных с однородными заболеваниями

Состав

1. Помещения для пребывания больных: палаты, дневного пребывания застекленная веранда
2. Лечебно-вспомогательные помещения: кабинет врача, процедурная (манипуляционная), пост мед. Сестры, перевязочная в отделениях хирургического профиля
3. Хозяйственные: буфетная, столовая, бельевая, комнаты сестры хозяйки и ст.мед. сестры
4. Санитарные: ванная, умывальни, туалеты для больных и персонала, санитарная комната
5. Палатный коридор, связывающий перечисленные помещения

Палатная секция

Палатная секция является местом круглосуточного пребывания больных в условиях определенного режима, который принято называть лечебно-охранительным. Палатная секция должна быть непроходимой.

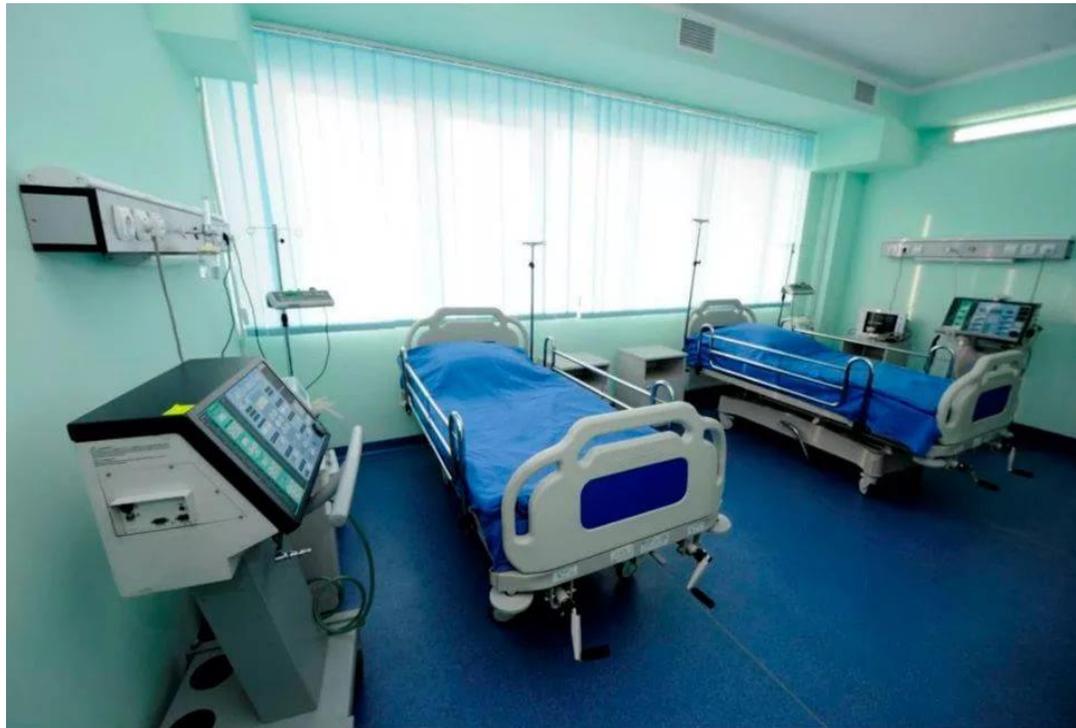
Количество коек в секции: должно быть не более 30,
для детских отделений (дети до 1 года) - 24,
инфекционных и психиатрических - по заданию

Палатное отделение может состоять из 1 или 2 палатных секций.
В последнем случае некоторые вспомогательные помещения могут быть общими для отделений (буфетная, столовая, кабинет зав. отделением, комната ст. мед сестры).

Палатная секция

ПАЛАТА – основное помещение палатной секции

2 палаты на 1 койку, 2 палаты – на 2 койки, остальные – по 4 койки



Пост дежурной сестры



Остекленная кабина – 4 м²

Расположение в центре секции

**Расстояние до дальней палаты
– 15-18 м**

КОРИДОР

- Одно или 2-х сторонняя системы застройки
- Устройство светового разрыва не менее 40% длины коридора
- Ширина: палатные отделения - 2,4 м;
- Операционные блоки, родовые (односторонняя застройка – 2,8 м, двухсторонняя – 3,2 м, психиатрические – 4 м)



КОРИДОР

Назначение:

1. Связующее звено между помещениями
2. Дневное пребывание больных
3. Расположение постов дежурных сестер
4. Дополнительный резервуар чистого воздуха
5. Возможность сквозного проветривания
6. Дополнительный источник естественного освещения и инсоляции

Хирургическое отделение

1. Удобная связь с операционным блоком и диагностическим отделением
2. Наличие достаточного количества перевязочных и процедурных
3. Зонирование - для больных с нагноительными процессами (флегмоны, абсцессы и др) выделяются септические отделения, секции, операционные
4. Специально оборудованные палаты для послеоперационных больных
5. Достаточность площадей (9-12 м² на 1 койку)

ОПЕРАЦИОННЫЙ БЛОК

1. РАСПОЛОЖЕНИЕ – В ОТДЕЛЬНОМ БЛОКЕ, ТОРЦЕ ЗДАНИЯ, ОТДЕЛЬНОМ ЭТАЖЕ
2. МАКСИМАЛЬНОЕ УДАЛЕНИЕ ОТ ВЕРТИКАЛЬНЫХ КОММУНИКАЦИЙ (ТЕХНИЧЕСКИХ ШАХТ ЛИФТОВ, МУСОРОПРОВОДОВ)
3. НАЛИЧИЕ САНПРОПУСНИКА ДЛЯ ПЕРСОНАЛА И ШЛЮЗОВ ДЛЯ БОЛЬНЫХ
4. СТРОГОЕ ЗОНИРОВАНИЕ АСЕПТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ: СТЕРИЛЬНАЯ ЗОНА И ЗОНА СТРОГОГО РЕЖИМА

Зонирование оперблока по режиму стерильности

1. **Стерильная зона** – операционные
2. **Зона строгого режима** - предоперационные, наркозная, помещения хранения стерильных материалов, аппаратная, послеоперационные палаты.
3. **Зона ограниченного режима** - стерилизационную инструментально-материальную, кабинет хирургов, протокольную, кабинет врача-анестезиолога, комнату медицинских сестер-анестезисток и комнату младшего персонала; шлюзы при входе в септическое и асептическое отделения, .

Эта зона (после шлюза) отделяется от остальных помещений «красной линией». Вход персонала других отделений через «красную линию» запрещен.

Потоки в операционном блоке

1. «Стерильный» проход хирургов, операционных сестер
2. «Чистый» для доставки больного, прохода анестезиологов, младшего технического персонала, чистого белья, медикаментов
3. «грязный»- удаление отходов, использованного белья, перевязочного материала

В операционные блоки предусматриваются отдельные входы для пациентов (через шлюз) и персонала (через санитарный пропускник). В операционные персонал входит через предоперационные, пациенты доставляются через помещение подготовки больного (наркозная) или из коридора оперблока

СОСТАВ ОПЕРАЦИОННОГО БЛОКА

- ОПЕРАЦИОННАЯ
- ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ
- СТЕРИЛИЗАЦИОННАЯ
- НАРКОЗНАЯ
- АПАРАТНАЯ
- ПОМЕЩЕНИЯ ДЛЯ ПРИГОТОВЛЕНИЯ И ХРАНЕНИЯ КРОВИ
- ЛАБОРАТОРИЯ СРОЧНЫХ АНАЛИЗОВ
- ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ ПОМЕЩЕНИЯ
- КАБИНЕТЫ ВРАЧЕЙ И МЕДСЕСТЕР
- ОПЕРАЦИОННЫЙ СТОЛ НА 30 КОЕК, ВЫСОТА - 3,5 М, ШИРИНА - 5 М

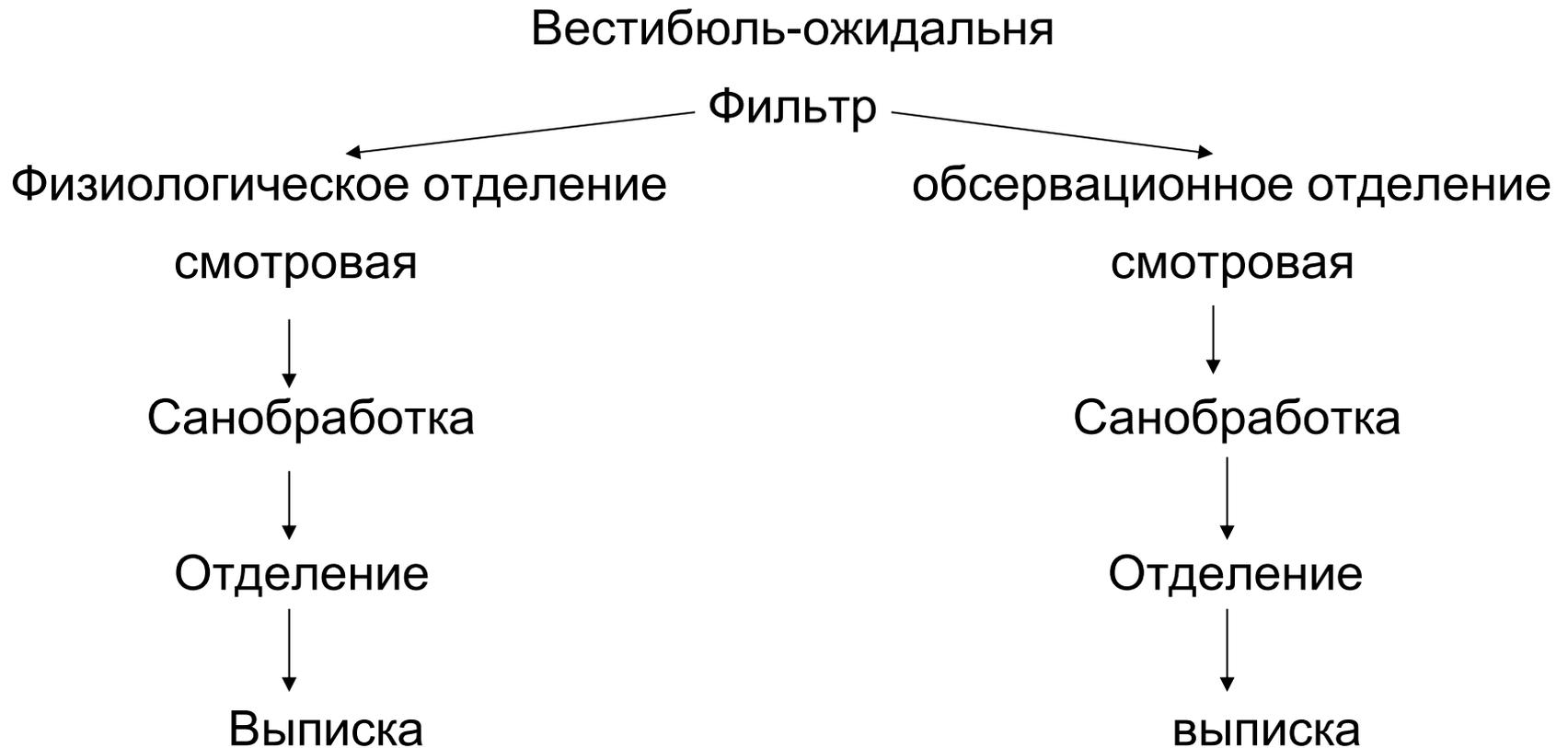


Акушерское отделение (родильный дом)

1. Изоляция больных и здоровых рожениц
2. Цикличность заполнения отделения и палат
3. Поточность поступления рожениц в отделения
4. Профилактика внутрибольничных инфекций
5. Медицинский контроль и санобработка рожениц



Приемно-выписные помещения



Особенности планировки

1. Оборудование родовых и послеродовых физиологического, наблюдационного отделений и отделения патологии беременных. Связь между ними только через шлюз.
2. Наблюдационное отделение принимает рожениц с гнойничковыми заболеваниями кожи, гриппом, ангиной, температурящих, инфекционными заболеваниями, не стоящих на учете.
3. санитарная обработка поступающих должна проводиться по двум потокам: «чистый» - в физиологическое отделение и отделение патологии беременности; «грязный» - в наблюдационное отделение.
4. Для предупреждения внутренних инфекций все помещения (кроме вестибюля, фильтра) необходимо предусматривать отдельно для физиологического (чистый поток) и наблюдационного отделения (грязный поток).

Дополнительные требования планировки отделения обсервации

1. Вход через шлюз
2. Отдельный персонал
3. Родовой бокс (43м^2) для женщин с такими, например, заболеваниями как сифилис, туберкулез и т.д. и должен иметь наружный вход через тамбур и вход из обсервационного отделения через шлюз
4. Резервные койки (10%)
5. палаты раздельного пребывания родильниц и новорожденных на 1-2 кровати и 1-2 кроватки

Палаты для новорожденных

Физиологическое отделение

1. Послеродовое физиологическое отделение состоит из палат отдельного пребывания новорожденных на 1-2 кровати и палат совместного пребывания родильниц и новорожденных на 1-2 кровати и 1-2 кровати
2. Палаты новорожденных объединяются в отсеки не более чем 20 кроваток и должны быть отделены друг от друга и от коридоров остекленными перегородками, что обеспечивает хорошую изоляцию и дает возможность дежурной медсестре наблюдать за новорожденными.
3. Допускается размещать палаты новорожденных между палатами родильниц - так называемое приближенное расположение палат родильниц и новорожденных.

Обсервационное отделение

1. Палаты боксированные
2. Палаты отдельного пребывания

Детское неинфекционное отделение

Специфические требования

- Предотвращение внутрибольничного инфицирования
- Полная изоляция его от других отделений
- Наличие специальных помещений для занятий и игр
- Выделение дополнительных комнат круглосуточного пребывания матерей (спальня, комната отдыха, столовая, санузел).



Детское неинфекционное отделение

Реализация специфических требований

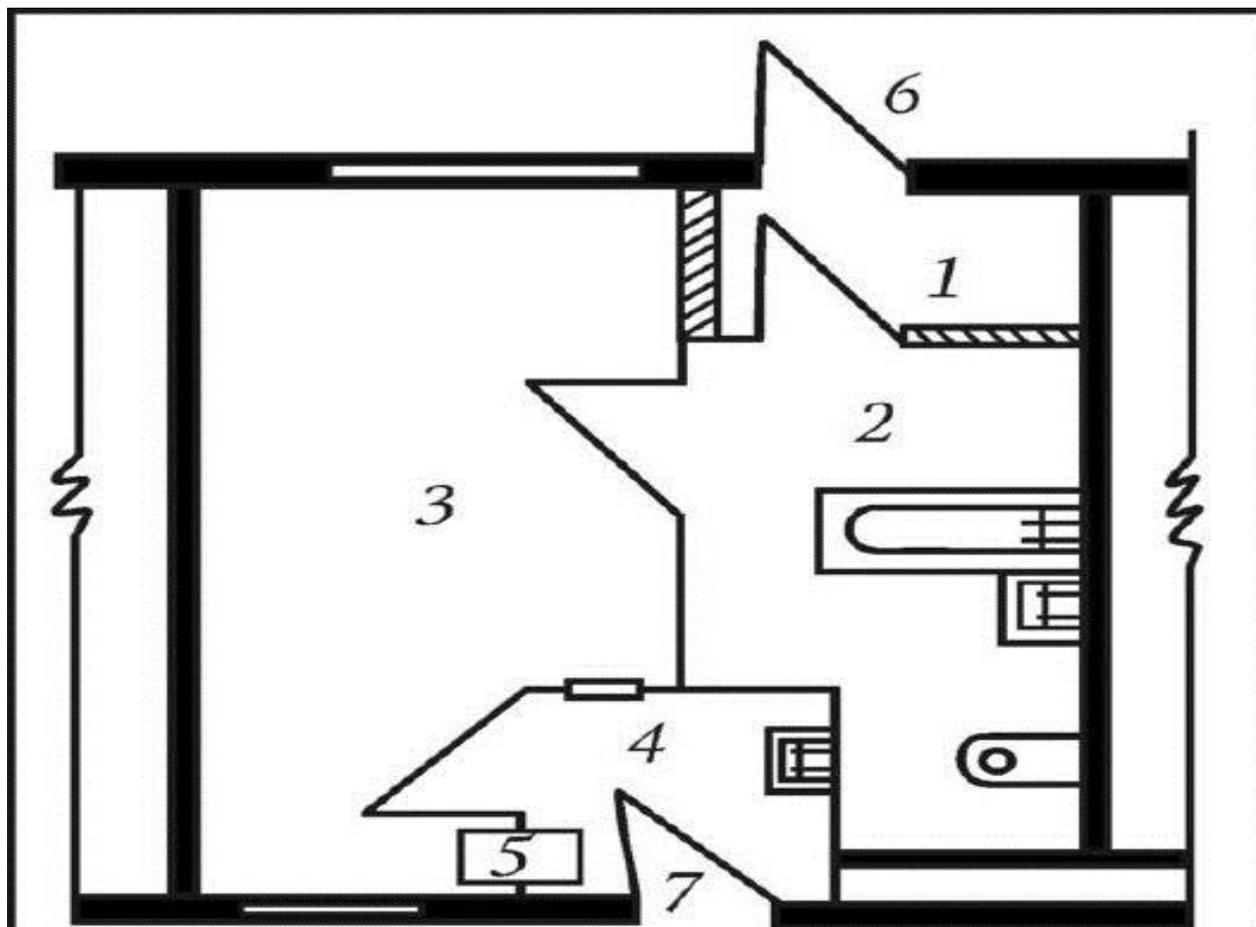
1. Отдельная приемно-пропускная часть
2. Вместимость 60 коек- отдельный корпус
3. Строгая изоляция каждой палатной секции
4. Боксы для больных с подозрением на инфекцию (в каждой секции 2 бокса на 1 койку и 2 палаты на 1 койку)
5. Дети до 1 года – секция 24 койки, старше 1 года – 30 коек
6. Площадь на 1 койку - 6 м², палаты до 1 года – на 2 койки, старше 1 года – 4 койки
7. Наличие помещений для занятий и игр
8. Отапливаемая веранда
9. Помещения для кварцевого облучения детей и физиотерапевтической аппаратуры
10. Помещения для матерей и комнаты для кормления и сцеживания молока

Инфекционное отделение

1. Инфекционные отделения размещают в отдельно стоящем здании, выделяя его в зону больничных инфекционных корпусов, обязательно должен к нему быть отдельный подъезд
2. Для приема больных следует предусматривать приемно-смотровые боксы, площадью 16 м²
3. Приемно-смотровые боксы: 30-60 – 2 бокса; 60-100 коек – 3 бокса, больше 100 коек – 3% от общего количества коек.
4. Санпропускник для персонала в приемном отделении
5. Боксы, полубоксы, боксированные палаты
6. Боксы на 1 койку – 22 м², на 2 койки – 27 м²
Состав бокса: палата, сан узел, шлюз(умывальник, шкаф для халатов, окно для передачи пищи)

Планировка бокса

1 - тамбур на входе; 2 - санитарная комната; 3 - палата; 4 - шлюз на выходе из отделения; 5 - окно передачи; 6 - вход с улицы; 7 - вход из коридора



Инфекционное отделение

5. Полубоксы – отсутствие входа с улицы
6. Секция профилированных палат имеет шлюзы и туалеты, санпропускник, полный набор помещений, два входа: один для больных, второй для персонала
7. В инфекционных отделениях входы, лестничные клетки и лифты должны быть отдельными для приема и выписки больных.
8. санитарная обработка и выписывание больных, в отличие от многопрофильных больниц происходит не в приемных отделениях, а в боксированных или полубоксированных секциях.

Инфекционное отделение

Кроме этого для инфекционных больниц необходимо предусматривать:

- изоляцию приемного отделения от всех других отделений стационара (путем организации санитарных пропускников для персонала и для больных);
- организацию приема больных через диспетчерскую в приемно-смотровые боксы.
- помещения для хранения дезинфекционных средств;
- бокс для обработки транспорта;
- комната дежурных дезинфекторов.

Внутрибольничные инфекции

Внутрибольничная инфекция (нозокомиальная, больничная, госпитальная) - любое клинически выраженное заболевание микробного происхождения, которое поражает больного в результате его поступления в больницу или обращения за медицинской помощью, а также заболевание сотрудника больницы вследствие его работы в данном учреждении, вне зависимости от появления симптомов заболевания во время пребывания или после выписки из больницы (Европейское региональное бюро ВОЗ, 1979 г.).

Структура ВБИ

В настоящее время, ведущее место в многопрофильных ЛПУ занимают гнойно-септические инфекции (75-80% всех ВБИ). Наиболее часто ГСИ регистрируются у больных хирургического профиля..

Вторая по значимости группа ВБИ – кишечные инфекции (8-12% в структуре). Внутрибольничные сальмонеллезы и шигеллезы в 80% выявляются у ослабленных больных хирургического и реанимационного отделений. До трети всех ВБИ сальмонеллезной этиологии регистрируются в педиатрических отделениях и стационарах для новорожденных.

Доля гемоконтактных вирусных гепатитов (В, С, D) в структуре ВБИ составляет 6-7%. Более всего риску заражения подвержены пациенты, которым проводятся обширные хирургические вмешательства с последующими гемотрансфузиями, больные после проведения гемодиализа (особенно – хронического программного), пациенты с массивной инфузионной терапией.

Прочие инфекции в структуре ВБИ составляют 5-6% (РВИ, госпитальные микозы, дифтерия, туберкулез и пр.).

Возбудители ВБИ

- **грамположительная кокковая флора:** род Стафилококки (золотистый стафилококк, эпидермальный стафилококк), род Стрептококки (пиогенный стрептококк, стрептококк пневмонии, энтерококк);
- **грамотрицательные палочки:** семейство энтеробактерий, включающее 32 рода, и так называемые неферментирующие грамотрицательные бактерии (НГОб), самым известным из которых является синегнойная палочка (*Ps. aeruginosa*);
- **условно-патогенные и патогенные грибы:** род дрожжеподобных грибов кандиды (*Candida albicans*), плесневые грибы (аспергиллы, пенициллы), возбудители глубоких микозов (гистоплазмы, бластомицеты, кокцидиомицеты);
- **вирусы:** возбудители простого герпеса и ветряной оспы (герпвирусы), аденовирусной инфекции (аденовирусы), гриппа (ортомиксовирусы), парагриппа, паротита, RS-инфекции (парамиксовирусы), энтеровирусы, риновирусы, реовирусы, ротавирусы, возбудители вирусных гепатитов.

В настоящее время наиболее актуальными являются такие этиологические агенты ВБИ как стафилококки, грамотрицательные условно-патогенные бактерии и респираторные вирусы.

Источники инфекций

1. медицинский персонал, относящийся к группе длительных носителей и больных стертыми формами;
2. длительно находящиеся в стационаре больные, которые нередко становятся носителями устойчивых внутрибольничных штаммов.
3. Роль посетителей стационаров, как источников ВБИ - крайне незначительна.

Классификация ВБИ

(в зависимости от путей передачи)

1. **воздушно-капельные (аэрозольные);**
2. **водно-алиментарные;**
3. **контактно-бытовые;**
4. **контактно-инструментальные:**

Пути и передачи разнообразны: инструментарий, дыхательная и другая медицинская аппаратура, белье, постельные принадлежности, поверхности “влажных” объектов, контаминированные растворы антисептиков, антибиотиков, дезинфектантов, предметы ухода за больными, перевязочный и шовный материал, спецодежда, обувь, волосы и руки больных и персонала.

Классификация ВБИ

(в зависимости от факторов передачи)

- 1) постинъекционные;
 - 2) постоперационные;
 - 3) послеродовые;
 - 4) постранфузионные;
 - 5) постэндоскопические;
 - 6) посттрансплантационные;
 - 7) постдиализные;
 - 8) постгемосорбционные.
- Ø другие формы.

Причины распространения

1. Наличие вирулентных штаммов
2. Селекция полирезистентной микрофлоры, которая обусловлена нерациональным и необоснованным применением антимикробных препаратов в ЛПУ. В результате формируются штаммы микроорганизмов в множественной устойчивостью к лекарственным препаратам
3. Формирование бактерионосительства. (среди персонала хирургических отделений – от 40 до 85,7%.)
4. Рост числа контингентов риска возникновения ВБИ (пожилые люди, дети, снижение иммунитета)
5. Активизация искусственных (артифициальных) механизмов передачи ВБИ, что связано с усложнением медицинской техники, прогрессирующим увеличением числа инвазивных процедур
6. Несоблюдение санитарно-гигиенического режима
7. Низкая эффективность медико-технического оснащения лечебных учреждений.

Профилактика

```
graph TD; A[Профилактика] --> B[неспецифическая]; A --> C[специфическая]; B --> B1[1. архитектурно-планировочные]; B --> B2[2. Санитарно-противоэпидемические]; B --> B3[3. Санитарно-технические]; B --> B4[4. Дезинфекционно-стерилизационные]; C --> C1[1. Иммунизация]; C1 --> C11[1.1. плановая]; C1 --> C12[1.2. активная]; C1 --> C13[1.3. пассивная]; C1 --> C14[1.4. экстренная];
```

неспецифическая

1. архитектурно-планировочные
2. Санитарно-противоэпидемические
3. Санитарно-технические
4. Дезинфекционно-стерилизационные

специфическая

1. Иммунизация
 - 1.1. плановая
 - 1.2. активная
 - 1.3. пассивная
 - 1.4. экстренная

Неспецифическая профилактика

1. архитектурно-планировочные:

- 1.1. изоляция секций, палат, операционных блоков и т.д.;
- 1.2. соблюдение и разделение потоков больных, персонала, “чистых” и “грязных” потоков;
- 1.3. рациональное размещение отделений по этажам;
- 1.4. правильное зонирование территории.

Неспецифическая профилактика

2. Санитарно-противоэпидемические

- 2.1.эпидемиологический надзор за ВБИ,
- 2.2.контроль за санитарно-противоэпидемическим режимом в лечебных учреждениях;
- 2.3. введение службы госпитальных эпидемиологов;
- 2.4.лабораторный контроль состояния противоэпидемического режима в ЛПУ;
- 2.5. выявление бактерионосителей среди больных и персонала;
- 2.6. соблюдение норм размещения больных;
- 2.7. осмотр и допуск персонала к работе;
- 2.8. рациональное применение антимикробных препаратов, прежде всего – антибиотиков;
- 2.9.обучение и переподготовка персонала по вопросам режима в ЛПУ и профилактики ВБИ;
- 2.10 санитарно-просветительная работа среди больных.

Неспецифическая профилактика

3. санитарно-технические

- 3.1. эффективная искусственная и естественная вентиляция;
- 3.2. создание нормативных условий водоснабжения и водоотведения;
- 3.3. кондиционирование, применение ламинарных установок;
- 3.4. создание регламентированных параметров микроклимата и воздухоподачи;
- 3.5. соблюдение правил накопления, обезвреживания и удаления отходов лечебных учреждений.

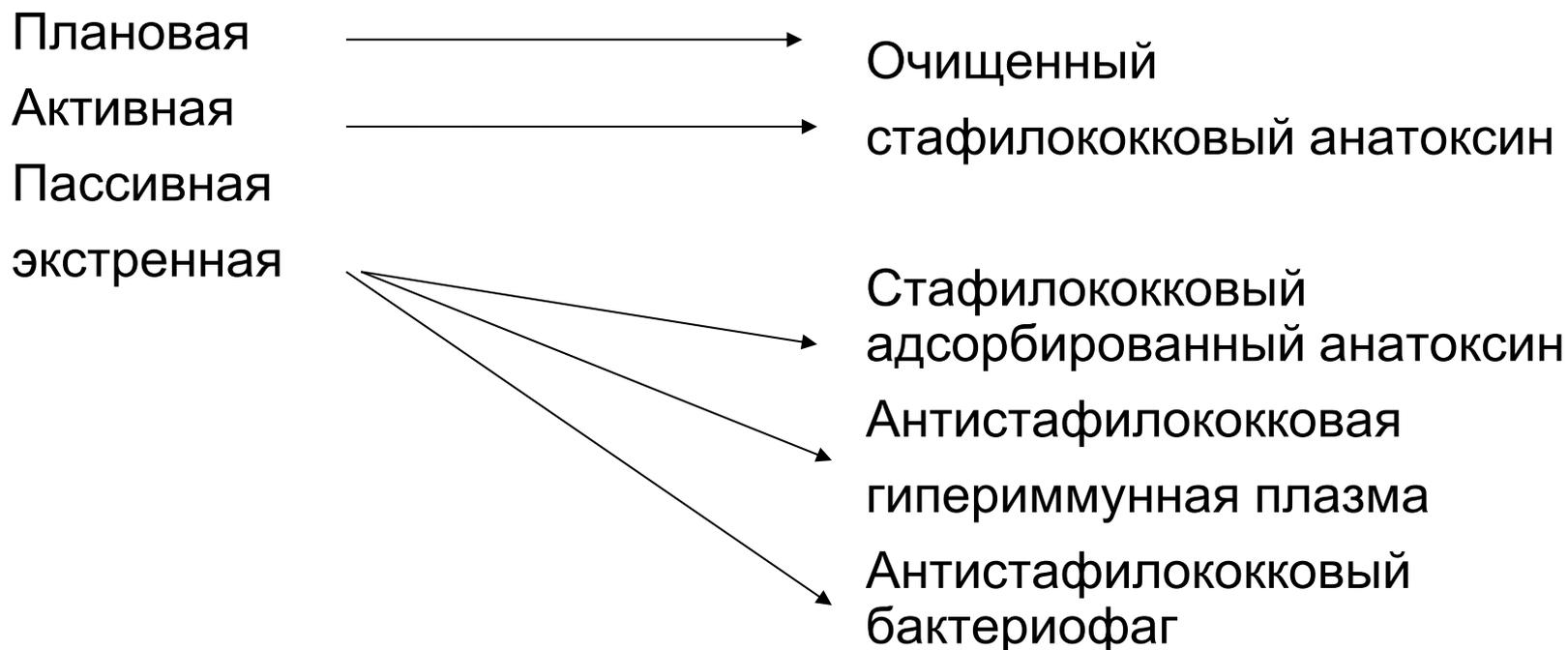
Неспецифическая профилактика

4. Дезинфекционно-стерилизационные

- 4.1. применение химических дезинфектантов;
- 4.2. применение физических методов дезинфекции;
- 4.3. предстерилизационная очистка инструментария и медицинской аппаратуры;
- 4.4. ультрафиолетовое бактерицидное облучение;
- 4.5. камерная дезинфекция камерная дезинфекция;
- 4.6. паровая, суховоздушная, химическая, газовая, лучевая стерилизация;
- 4.7. проведение дезинсекции и дератизации.

Специфическая профилактика

Эффективная специфическая профилактика предусматривает мероприятия, направленные на повышение устойчивости организма к ВБИ



Ссылка для прохождения тестирования

После изучения лекции необходимо пройти тестирование при помощи сервиса Гугл-формы.

Пожалуйста, корректно заполняйте поля ФИО, факультет и номер группы.

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfFCa5BcJC2lwQ5G8VKiVAI9NcZbbINL0GhO54qZY9akglNSA/viewform>