

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ И ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К УСТРОЙСТВУ И ЭКСПЛУАТАЦИИ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Е.А.Римжа, Г.Л.Гуревич, Е.М.Скрягина,
Я.И.Жвалевская, Г.С.Авдеев, Д.М.Голотик, М.И.Римжа

Научно-исследовательский институт фтизиатрии и пульмонологии, г. Минск
Республиканский центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья, г. Минск

Сформулированы гигиенические и противоэпидемические требования к выделению земельного участка, архитектурно-планировочному решению зданий и помещений, воздухообмену, уборке помещений и предметов обстановки, стирке нательного и постельного белья, спецодежды персонала, поведению больных и посетителей, подбору персонала и соблюдению мер безопасности сотрудниками противотуберкулезных организаций.

Эпидемическая опасность больных туберкулезом предопределяет особые гигиенические требования к противотуберкулезным организациям уже начиная с выделения земельного участка. В частности, стационары мощностью свыше 500 коек, а также специализированные учреждения для лечения больных, особенно выделяющих мультирезистентные штаммы микобактерий, должны располагаться в пригородной зоне или окраинных районах населенного пункта, по возможности, в зеленых массивах с соблюдением разрывов от селитебной территории не менее 1000 м. Что касается действующих противотуберкулезных организаций, расположенных в условиях уже сложившейся застройки, то расстояние между палатными корпусами и жилыми домами должно быть не менее 30 м от красной линии застройки и не менее 50 метров от жилых зданий. Обязательным требованием к участку противотуберкулезной организации является наличие зеленых насаждений с общей площадью озеленения незастроенной территории не менее 60%.

Противотуберкулезные организации, входящие в состав многопрофильных больниц, размещаются только в отдельно стоящих зданиях. Не допускается размещение противотуберкулезных организаций в жилых зданиях.

Исключение возможности перекрещивания потоков больных и персонала различных отделений – еще одно важное требование к архитектурно-планировочному решению зданий и помещений. С этой целью приемное отделение и отделение выписки больных должны быть отдельными и изолированными от других отделений санитарными пропускниками для персонала и больных, размещаться на первом этаже в изолированной части здания, по возможности, вблизи главного въезда

на территорию больничного участка. Прием пациентов проводится строго индивидуально (одновременное нахождение двух и более пациентов в одном кабинете не допускается) через приемно-смотровые боксы, количество которых должно быть не менее двух. Поточность движения больных необходимо организовать по цепочке: вестибюль – смотровой кабинет – приемное отделение – санитарный пропускник – лечебное отделение. Исключение касается только пациентов, нуждающихся в экстренных реанимационных мероприятиях, которых допускается госпитализировать сразу в отделение реанимации и интенсивной терапии.

Прием больных туберкулезом должен быть строго индивидуальным. Одновременное нахождение двух и более пациентов в одном кабинете не допускается. После приема каждого больного все предметы, с которыми он соприкасался (кушетка, медицинский инструментарий, санитарно-техническое оборудование и др.), подвергаются дезинфекции и проводят влажную уборку пола с применением дезинфицирующих средств, а также обеззараживают воздух бактерицидными лампами.

Палатные отделения необходимо проектировать таким образом, чтобы они имели отдельные изолированные входы непосредственно с улицы: а) для "грязных" маршрутов (доставка больных в отделение; транспортирование из отделения использованного белья, пищевых отходов, использованных перевязочных материалов и загрязненных предметов, трупов, материала, предназначенного для лабораторных исследований; доставка больных из отделения в реанимационное отделение или палаты интенсивной терапии); б) для чистых маршрутов (для персонала, не выполняющего при прохождении по данному маршруту виды работ, перечисленные выше; студентов и врачей-

слушателей курсов повышения квалификации; транспортирование в отделение чистого белья, лекарств и перевязочных материалов, пищи для больных и персонала, передач для больных; проход посетителей для беседы с врачом; для выписки больных из отделений через санитарные пропускники).

В реконструируемых и во вновь строящихся противотуберкулезных стационарах структурной единицей палатного отделения должны стать боксированные помещения: бокс, полубокс, боксированная палата площадью не менее 8 м² на одного больного и с количеством коек в одной палате не более четырех (в боксах для больных, выделяющих микобактерии – 1–2 койки для их изоляции до абациллирования). Больной имеет возможность выходить через наружный вход с тамбуром на территорию лечебного учреждения, а также на обследование и лечение в другие специализированные кабинеты или боксы, имеющие наружные входы. Вход персонала в боксы предусматривается из "условно чистого" коридора через шлюзы, в которых производится смена спецодежды, мытье и дезинфекция рук.

Полубоксы также предусматриваются на 1–2 койки и отличаются от боксов только тем, что не имеют наружного выхода и больные поступают из общего коридора отделения через санитарный пропускник.

В составе боксов и полубоксов в обязательном порядке предусматриваются санитарные узлы.

Заполнение палат (боксов, полубоксов) больными необходимо проводить циклично и обязательно с учетом клинических форм инфекционного процесса. Запрещается помещение в одну палату, например, больных инфильтративным туберкулезом и кавернозным; больных без бацिलловыделения совместно с выделяющими микобактерии; вновь поступающих пациентов с выздоравливающими и т.д.

Для лечения больных, выделяющих микобактерии с множественной лекарственной устойчивостью, лучше всего предусмотреть отдельные стационары либо изолированные отделения, в которые должен быть запрещен вход больных из других отделений и посетителей. Пациентам данного стационара (отделения) запрещается выход за пределы территории стационара и отпуск домой до прекращения бацилловыделения, подтвержденного лабораторными исследованиями. Медицинский персонал в таких стационарах (отделениях) должен работать в защитных масках.

Учитывая, что детерминирующим путем распространения микобактерий является аэрогенный,

особые требования предъявляются и к воздухообмену. Он должен быть организован таким образом, чтобы максимально ограничить перемещения воздуха между палатными отделениями и смежными этажами. Во всех помещениях (кроме операционных), помимо приточно-вытяжной вентиляции с механическим побуждением, обязательной является естественная вентиляция через форточки, откидные фрамуги, створки и другие приспособления в оконных переплетах и наружных стенах, а также через вентиляционные каналы без механического побуждения движения воздуха. Проветривание палат и других помещений через форточки, фрамуги, створки необходимо осуществлять не менее четырех раз в сутки.

Вытяжную вентиляцию необходимо осуществлять посредством индивидуальных каналов, исключающих перетекание воздуха по вертикали, отдельно из каждой палаты (бокса, полубокса, палатной секции) с гравитационным побуждением и с установкой дефлектора, а приточную – с механическим побуждением и подачей воздуха в коридор. Для создания изолированного воздушного режима палат их следует проектировать со шлюзом, имеющим сообщение с санузлом, с преобладанием в последнем вытяжки воздуха над его притоком.

Системы воздухообмена должны исключать возможность переноса микроорганизмов в операционные и другие помещения, требующие особой чистоты воздуха, для чего предусматривают шлюз с подпором воздуха. Движение воздушных потоков должно быть направлено из операционных в прилегающие к ним помещения (предоперационные, наркозные и др.), а из этих помещений – в коридор с вытяжной вентиляцией.

В буфетных отделениях необходимо предусмотреть два отдельных помещения достаточной площади: одно – для мытья посуды, второе – для раздачи пищи. Столовую посуду после приема пищи собирают в перчатках и в буфетной отделении на специально выделенном столе освобождают от остатков пищи, которые собирают в специальную емкость, изготовленную из материала, допускающего дезинфекцию, и с надписью "Для пищевых отходов". Собранные остатки пищи должны немедленно удаляться из буфетных отделений. Столовая посуда от бацилловыделителей и пациентов без бактериовыделения собирается в отдельные емкости. Обеззараживание столовой посуды от бактериовыделителей проводится в специально выделенном стерилизаторе.

Текущая влажная уборка помещений и методов обстановки в местах нахождения больных

туберкулезом (палаты, кабинеты и др.) или в помещениях, где проводится работа с заразным материалом (бельевая, микробиологическая лаборатория и др.) выполняется не реже двух раз в день с использованием моющих и дезинфицирующих средств специально выделенным уборочным инвентарем, отдельным для каждого из помещений. После влажной уборки обязательно обеззараживается воздушная среда бактерицидными облучателями. Уборочный инвентарь подлежит обеззараживанию после каждого использования и хранится в специально отведенном месте (встроенный или выделенный шкаф, санитарная комната и др.) отдельно от уборочного инвентаря других помещений.

Дезинфицирующие средства и антисептики следует периодически менять с учетом результатов мониторинга устойчивости микробактерий к препаратам, а при отсутствии мониторинга – не реже одного раза в квартал.

Стирка нательного и постельного белья, а также спецодежды обслуживающего персонала, проводится в прачечной данного лечебного учреждения, а в случае ее отсутствия – по согласованию с органами государственного санитарного надзора в других прачечных в стиральных машинах проходного типа. Технологический процесс стирки должен исключать пересечение потоков чистого и использованного белья.

Посещение больных родственниками или знакомыми должно быть ограничено и разрешаться только с ведома лечащего врача или заведующего отделением. Посетители, приходящие к больным, должны соблюдать меры личной профилактики: при входе надевать халат; не садиться на кровать; не брать с собой вещей больного; при уходе вымыть руки с мылом. Посещение больных, выделяющих микобактерии с множественной лекарственной устойчивостью, запрещено.

Учитывая специфику условий работы медицинского и обслуживающего персонала, сотруд-

ники ставятся на диспансерный учет, как имеющие профессиональную вредность, и проходят обследования каждые 6 месяцев с обязательной рентгенографией грудной клетки. Если у вновь принятого на работу реакция Манту с 2 ТЕ будет отрицательной, он должен быть вакцинирован и в течение 8 недель (время выработки иммунитета) не допускается к работе, где есть контакт с бактериовыделителями или с инфицированным материалом. В отдельных случаях работники, перенесшие заболевания, снижающие иммунитет, по решению руководителя противотуберкулезной организации, могут временно переводиться на работу, где нет контакта с бактериовыделителем. По показаниям таким лицам проводится химиофилактика туберкулеза.

Запрещается прием на работу лиц, имеющих факторы риска возникновения туберкулеза: первичное инфицирование микобактериями туберкулеза (первые два года после заражения); ВИЧ-инфекция; иммунодефицитные состояния вследствие хронических заболеваний; перенесенная резекция желудка и 12-перстной кишки по поводу язвенной болезни, находящиеся на иммуносупрессивной терапии (лечение цитостатиками, кортикостероидами, гамма-лучами и др.); дефицит массы тела более 10%; постоянное нахождение в очагах туберкулеза (проживание в одной квартире с больным туберкулезом или пребывание в пеницинарных учреждениях).

Таким образом, гигиенические требования и комплекс проводимых профилактических мероприятий направлены на соблюдение надлежащего противоэпидемического режима в учреждении, что, в свою очередь, позволяет проводить эффективную терапию больных и предупреждает распространение инфекционного начала за пределы лечебного учреждения, а также минимизирует риск экзогенного инфицирования обслуживающего персонала.

Поступила 04.06.2008 г.