



**ВАЗОРАТИ ТАНДУРУСТИ ВА ҲИФЗИ
ИҚТИМОИИ АҲОЛИИ
ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН**

**ТАЛАБОТҶОИ ГИГИЕНӢ ОИД БА ҶОЙГИРКУНӢ,
ТАРКИБ, МУҶАҲАЗГАРДОНИ ВА ИСТИФОДАБАРИИ
БЕМОРХОНАҶО, ТАВАЛЛУДХОНАҶО ВА ДИГАР
МУАССИСАҶОИ
СОҶАИ ТАНДУРУСТӢ**

Душанбе – 2015



ВАЗОРАТИ ТАНДУРУСТӢ ВА ҲИФЗИ ИҶТИМОИИ АҲОЛИИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

734025, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе кӯчаи Шевченко 69 тел.: (372) 21-18-35 факс (372) 21-75-25

ФАРМОИШ

аз «27» 12 соли 2014. № 1119

ш. Душанбе

Дар бораи пурзӯр намудани чораҳо
оид ба пешгирии сирояти дохилибеморхонагӣ
дар муассисаҳои тандурустии
Ҷумҳурии Тоҷикистон

Бо мақсади пурзӯр намудани фаъолият дар самти пешгирии сирояти дохилибеморхонагӣ дар муассисаҳои тандурустӣ мутобиқи бандҳои 5 ва 38 Қонуни Ҷумҳурии Тоҷикистон «Дар бораи таъмини амнияти санитарӣ ва эпидемиологии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон, ки бо қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 3 март соли 2014 таҳти № 148 тасдиқ гардидааст,

ФАРМОИШ МЕДИҲАМ:

1. Санадҳои меъёрии ҳуқуқии зерин тасдиқ карда шаванд:
 - а) қоида ва меъёрҳои гигиенӣ «Талаботҳои гигиенӣ оид ба ҷойгиркунӣ, таркиб, таҷҳизот ва истифодабарии беморхонаҳо, таваллудхонаҳо ва дигар муассисаҳои тандурустӣ» (замимаи 1);
 - б) «Дастурамали миллӣ оид ба пешгирии бемориҳои сироятӣ дар муассисаҳои тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон» (замимаи 2).
2. Ба сардорони раёсатҳои дастгоҳи марказии Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон, раёсатҳои тандурустии Вилояти Мухтори Кӯҳистони Бадахшон, вилоятҳои Суғд, Хатлон ва ш. Душанбе, роҳбарони муассисаҳои тандурустии ҷумҳуриявӣ ва шаҳру ноҳияҳои тобеи ҷумҳур, роҳбарони муассисаҳои тандурустии дигар вазорату идорасое, ки дар тобеъияташон марказҳои саломатӣ ва беморхонадоранд, инчунин, муассисаҳои хусусии тиббӣ иҷрои фармоиши мазкурро таъмин намоянд.
3. Сардорони Раёсати амнияти санитарӣ ва эпидемиологӣ, ҳолатҳои фавқулодда ва кӯмаки фаврии тиббии Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон (Давлатов С.Х.), Хадамоти

назорати давлатии санитарию эпидемиологӣ (Назаров Х.К), ва Хадамоти назорати давлатии фаъолияти тиббӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳоли (Ҳочамуродов Ғ.М.) назорати талаботҳои фармоиши мазкурро дар муассисаҳои тандурустӣ новобаста аз шакли моликият ва тобеъияти идоравиашон таъмин намоянд.

4. Ба сардори Хадамоти назорати давлатии санитарию эпидемиологӣ (Назаров Х.К.) супориш дода шавад, ки санадҳои меъёрии ҳуқуқии тасдиқгардидаро тибқи тартиби муқарраргардида дар Вазорати адлия аз қайди давлатӣ гузаронад.

5. Фармоишҳои Вазорати тандурустӣ аз 18.12.2000 с., №359 «Дар бораи чорабиниҳои паст намудани беморҳои зарпарвинҳои вирусӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон», аз 26.04.2010 с., №239 «Дар бораи беҳтар намудани ёрии тиббӣ ба беморони фасоди чарроҳӣ ва пурзур намудани чорабиниҳо бар зидди сирояти дохили беморхонаҳо дар шӯъбаҳои чарроҳӣ (беморхонаҳо) ва марказҳо (хучраҳо) дандонпизишкӣ» ва аз 19.04.2013 с., №223 «Дастурамали миллии оид ба пешгирии беморҳои сироятӣ дар муассисаҳои тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон» аз эътибор соқит дониста шаванд.

6. Назорати иҷрои фармоиши мазкур ба зиммаи муовини якум (Бобоҳочиева Л.С.) ва муовинони вазир (Ҷафаров Н.Ҷ. ва Олимов Н.Х.) гузошта шавад.

Вазир



Н. Салимзода

ДУРУСТ

Барои омода намудани маҷмаъаи мазкур шахсони зерин сахм гузоштанд:

Чафаров Н.Қ. – муовини вазири тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон;

Давлатов С.Ҳ. – сардори Раёсати амнияти санитарию эпидемиологӣ, ҳолатҳои фавқулодда ва ёрии фаврии тиббии Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон;

Акрамов С.М. – сармутахассиси Раёсати амнияти санитарию эпидемиологӣ, ҳолатҳои фавқулодда ва ёрии фаврии тиббии Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон;

Мирзоев А.С. – мудири кафедраи воғиршиносӣ, беҳдошт ва ҳифзи муҳити зисти ДТБКСТ Ҷумҳурии Тоҷикистон

Ҷобирова С.Б. – эксперти миллии ВТҲИА ҚТ оид ба аккредитатсия

Олимов Д. – сардори раёсати назорати давлатии Хадамоти назорати давлатии фаъолияти тиббӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳоли

Абдурахманова Ф.М. – мудири кафедраи акушер ва гинекологии №2 ДДТ ба номи Абуали ибни Сино

Нодиршоева Р.А. – акушер-гинекологи эпидемиологи ПИТАГН.

Тақризкунанда: Рофиев Ҳ.Қ. – академики АМОМ, д.и.т., профессори кафедраи эпидемиологияи ДДТТ ба номи Абуали Ибни Сино

Замимаи 1

ба фармоиши Вазорати тандурустӣ

ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии

Ҷумҳурии Тоҷикистон №1119 аз 27 декабри соли 2014

ТАЛАБОТҲОИ ГИГИЕНӢ ОИД БА ҶОЙГИРКУНӢ, ТАРКИБ, МУҶАҲАЗГАРДОНИ ВА ИСТИФОДАБАРИИ БЕМОРХОНАҲО, ТАВАЛЛУДҲОНАҲО ВА ДИГАР МУАССИСАҲОИ СОҲАИ ТАНДУРУСТӢ

Пешгуфтор

“Талаботҳои гигиенӣ оид ба ҷойгиркунӣ, таркиб, таҷҳизот ва истифодабарии беморхонаҳо, таваллудхонаҳо ва дигар муассисаҳои соҳаи тандурустӣ” (минбаъд Талаботҳои гигиенӣ) бо мақсади ҷорӣ намудани талаботҳои ягона дар муассисаҳои таъобатию профилактикӣ таҳия гардидаанд. Талабот асосан ба масъалаҳои дар сатҳи лоиҳавӣ ба нақша гирифтани хучраҳои корӣ, хучраҳои ёрирасон, масоҳат, истифодаи масолеҳҳои сохтмонӣ, таҷҳизотҳо ва инчунин, риояи гигиенаи шахсии ҷӣ кормандон ва ҷӣ беморон, ки дар маҷмӯъ барои пешгирии сироятҳои дохилибеморхонагӣ бояд оварда расонад, равона гардидааст.

Яке аз мақсадҳои асосии ислоҳоти соҳаи тандурустӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ин беҳтар намудани ёрии тиббӣ ва кам намудани хароҷотҳои беасос мебошад. Исбот шудааст, ки ташкили назорати дурусти сироятҳо яке аз роҳҳои самараноку камхарҷ ва паст намудани нишондиҳандаҳои беморшавӣ ва ғавт мебошад. Ҷораҳои пешгирикунандаи сар задани бемориҳои сироятӣ дар муассисаҳои тиббию санитарӣ, таъмин намудани беҳатарии таъобатию ташхисӣ, эпидемиявӣ, ҷорабиниҳои назорати сироятӣ, гузаронидани таҳлили эпидемиологӣ, кӯтоҳ намудани мӯҳлати бистаришавии беморон, кам намудани масрафҳои молиявӣю меҳнатӣ, беҳтар гардонидани ҳолати санитарии беморхонаҳо ва безараргардони партовҳо вазифаи аввалиндараҷаи ҳар як роҳбари муассисаи таъобатию профилактикӣ мебошад.

Дар ин раванд, ба инобат гирифтани тавсияҳои Ташкилоти умумиҷаҳонии тандурустӣ ва дигар ташкилотҳои байналмиллалӣ, ки дар ин самт таҷрибаи кофӣ доранд аз ғоида ҳолӣ нест. Бо ҳамин мақсад сари вақт мутобиқ намудани принципҳои корӣ ва пурзӯр намудани назорат аз болои иҷрои пешниҳодҳо роли асосиро мебозад.

Татбиқи ин маҷмӯа ба воситаи ташкил намудани гурӯҳи корӣ оиди назорати сироятҳо дар муассисаҳо ва зина ба зина мутобиқ намудани муассисаҳо зарур аст.

Муваффақият аз ҳамкориҳои эпидемиологҳои беморхона, мутахассисони дигари назораткунандаи сироятҳо, микробиологҳо, табибони клинисист, ҳамшираҳои тиббӣ, кормандони ҳадамотҳои назорати давлатии санитарию эпидемиологӣ, фаъолияти тиббӣ, муассисаҳои таълимии тиббӣ, коммуналӣ ва дигар корхонаҳои масъул вобаста аст.

Мундарича

I. Муқаррароти умумӣ	7
II. Талаботҳои гигиенӣ ба ҷойгиркунӣ ва ҳудуди муассисаи тиббӣ	8
III. Талаботҳои гигиенӣ ба бино, иншоот ва ҳуҷраҳои муассисаи тиббӣ	9
IV. Талабот ба ороиши дохили ҳуҷраҳо	17
V. Талабот ба обтаъминкунӣ ва коррезӣ	18
VI. Талабот ба гармидиҳӣ, вентелятсия, микроиклим ва муҳити ҳавои ҳуҷраҳо	20
VII. Талаботҳои гигиени ба равшаннокии табиӣ ва сунъӣ	24
VIII. Талабот ба инвентар ва таҷҳизотҳои технологӣ	25
IX. Талаботи гигиенӣ ба шароити меҳнати кормандони тиббӣ	25
X. Нигоҳдории санитарии ҳуҷраҳо, таҷҳизот, инвентарҳо	27
XI. Талабот ба қоидаҳои гигиенаи шахсии беморон, кормандон ва ҳайати хизматрасони муассисаҳои тиббӣ	29
XII. Талаботҳои гигиени ба ташкили ҳӯроки беморон дар муассисаҳои тиббӣ	30
Замимаи 1	34
Замимаи 2	35
Замимаи 3	36
Замимаи 4	37
Эзоҳ:	40
Замимаи 5	40
Приложение 6	43
Замимаи 7	44
Замимаи 8	46

I. Муқаррароти умумӣ

1.1. Талаботҳои гигиенӣ оид ба ҷойгиркуни, таркиб, таҷҳизот ва истифодабарии беморхонаҳо, таваллудхонаҳо ва дигар муассисаҳои тандурустӣ (минбаъд Талаботҳои гигиенӣ) дар асоси қонунҳои амалкунандаи Ҷумҳурии Тоҷикистон таҳия гардидааст.

1.2. Талаботҳои гигиенӣ барои кормандони муассисаҳои тандурустӣ, ки ба хизматрасонии тиббӣ профилактикӣ дар беморхонаҳо, таваллудхонаҳо, статсионарҳои рӯзона ва дигар муассисаҳои табобатӣ машғуланд, новобаста аз шакли моликиятшон пешбинӣ шудааст.

1.3. Талаботҳои гигиенӣ, дастурамали хубест барои шахсони юридикӣ ва соҳибкоре, ки ҷаъолияшон ба лоиҳакашӣ, сохтмон, таҷдид ва истифодабарии муассисаҳои тандурустӣ зич вобаста аст.

1.4. Талаботҳои гигиенӣ, талаботҳоро оид ба ҷойгиркуни, таркиб, таҷҳизот ва истифодабарии беморхонаҳо, таваллудхонаҳо ва дигар муассисаҳои тиббӣ, речаи санитарӣ гигиенӣ ва зиддиэпидемиологӣ, ташкили хӯроки беморонро дар муассисаи табобатӣ муқаррар менамояд.

Статсионарҳои рӯзона барои гузаронидани ҷораҳои пешгирикунанда, ташхисӣ, табобатӣ ва барқарорсозии беморон, ки назорати тиббии шабонарӯзиро бо истифодаи технологияҳои тиббӣ мувофиқи стандартҳо ва протоколҳои бурдани беморон талаб намекунанд пешбинӣ шудаанд.

Ҷойгиркунонии маслиҳатхонаи занона, ҳуҷраи кории табибони соҳаи умумӣ, даҳонпизишкӣ ва хусусӣ, табобатию солимгардонӣ, барқароркуни, инчунин статсионарҳои рӯзона дар биноҳои истиқоматӣ ва ҷамъиятӣ ҳангоми доштани ҳулосаи санитарӣ эпидемиологӣ иҷозат дода мешавад.

1.5. Ба истифода додан ва ё таҷдид намудани муассисаҳои тиббӣ ҳангоми тағйир додани тарҳ, иваз намудани самти ҷаъолият ва аз нав таҷҳизонидан, инчунин, ҳангоми муваққатан истифода намудани бино ва ҳуҷраҳо барои муассисаи тиббӣ ҳангоми доштани ҳулосаи санитарӣ эпидемиологӣ оид ба мувофиқатӣ ба меъёрҳои санитарӣ иҷро карда мешавад.

1.6. Ҳамаи шӯъбаҳои муассисаҳои табобатию профилактикӣ бояд ҳулосаи санитарӣ эпидемиологӣ дар бораи мувофиқат ба меъёрҳои санитарӣ мувофиқи аризаи пешниҳодгардида барои аккредитатсия ва лисензиякунонии намуди ҷаъолияти тиббӣ, кор ва хизматрасонӣ дар доираи муайяншудаи қонунгузории Ҷумҳурии Тоҷикистон дошта бошанд.

1.7. Назорати иҷроии Талабот ба Хадамот ва марказҳои назорати давлатии санитарӣ эпидемиологӣ ва Хадамоти назорати давлатии ҷаъолияти тиббӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон вогузор карда мешавад.

II. Талаботҳои гигиенӣ ба ҷойгиркунии ва ҳудуди муассисаи тиббӣ

2.1. Муассисаҳои тиббӣ дар ҳудуди манзили истиқоматӣ, дар минтақаи кабудизоршуда ва ё атрофишаҳрӣ дар масофаи аз муассисаҳои ҷамъиятӣ, саноатӣ, коммуналӣ, ҷоғагӣ ва дигар, мувофиқи талаботҳо барои банақшагири ва сохтмони шаҳрҳо, шаҳракҳо ва нуқтаҳои аҳолинишини деҳотӣ, инчунин мувофиқи талаботҳои гигиенӣ ва ҷойгиркунии минтақаи муҳофизатии санитарӣ, ҷойгир мекунад.

2.2. Беморхонаҳои махсусгардонидашудаи (комплексҳо) иқтидорашон зиёда аз 1000 кат бо будубоши беморон муддати дароз, инчунин статсионарҳои фаъолияти речаи махсус доштаро (рӯҳи, сироятӣ, сил, саратонӣ, пӯсту зуҳравӣ в.ғ.) дар минтақаҳои атрофишаҳрӣ ва ё дар минтақаи кабудизоршуда дар масофаи на камтар аз 500 метр аз ҳудуди манзили истиқоматӣ ҷойгир мекунад.

2.3. Ҳангоми лоиҳакашӣ ва сохтмон бояд муассисаи тандурустӣ аз роҳи оҳан, фурудгоҳҳо, магистралҳои босуръати нақлиётӣ ва дигар манбаҳои садо дур бошанд. Сатҳи садо дар ҳудуди муассисаи тандурустӣ набояд аз меъёрҳои гигиенӣ зиёд бошад.

2.4. Қитъаи замин барои муассисаи тиббӣ бояд хушк, тоза бошад ва аз манбаи ифлоскунандаи ҳавои атмосферӣ дур бошад. Дар ҳудуди ифлос ҷойгир намудани муассиса, роҳ дода намешавад. Микдори моддаҳои захрнок ва зараровар набояд аз меъёрҳои гигиенӣ зиёд бошад.

2.5. Ба дохили ҳудуди муассисаи тиббӣ набояд магистралҳои муҳандисию коммуникатсионии шаҳрӣ (деҳотӣ) ба монанди (кубури об, хати коррезӣ, системаи гармидиҳӣ, хати барқ) гузарад.

2.6. Статсионарҳои рӯзона ҳангоми ҷойгиркунии дар биноҳои истиқоматӣ ва ё ҷамъиятӣ бояд аз бинои асосӣ бо девори капиталӣ ҷудо карда, бо таҷҳизоти системаи алоҳидаи ҳавокашӣ, коррезӣ ва даромади ҷудоғона барои мизочон таъмин бошанд.

Дар биноҳои истиқоматӣ ва ё ҷамъиятӣ ҷойгиркунии бистарикунонии рӯзонаи соҳаҳои пӯсту венерикӣ, психиатрӣ, сироятӣ ва сил иҷозат дода намешавад.

2.7. Ҳудуди муассисаи тиббӣ бояд ободон, кабудизор, девордор, равшан, роҳравҳо асфалтпӯш ё бетонпӯш ва даромади иловагӣ дошта бошад. Ба ҳудуди муассиса ба ғайр аз нақлиётҳои хизматрасониҳои тиббӣ, ворид гардидани нақлиёти ба манфиати шахси таълуқдошта иҷозат дода намешавад. Истгоҳҳои муваққатӣ барои нақлиётҳои шахсӣ аз муассисаи тиббӣ дар масофаи на камтар аз 40 метр ҷойгир карда мешаванд.

Масоҳати кабудизорӣ ва газонҳо бояд на камтар аз 60% масоҳати қитъа бошад.

Бо мақсади пешгирии пастшавии рӯшноии табиӣ ва офтобрӯ (инсолятсия) дар ҳучраҳои муассиса дарахтон дар масофаи на наздиктар аз 15 метр ва буттаҳо – 5 метр аз бино шинонида мешаванд.

2.8. Дар ҳудуди муассисаи тиббӣ минтақаҳо ҷудо мешаванд: биноҳои табобатӣ барои беморони сироятӣ ва ғайрисироятӣ, кӯдакона, рӯҳи, пӯсту

зӯҳравӣ, радиологӣ, таваллудхона маркази саломатӣ, патологоанатомӣ, хоҷагӣ, боғ ва иншоотҳои муҳандисӣ.

2.9. Бинои патологоанатомӣ бо минтақаи маросимӣ, ба таври максималӣ аз биноҳои ҳучрадор ҷудо карда мешавад ва набояд аз тирезаҳои ҳучраҳои табобатӣ ва таваллудӣ, инчунин, биноҳои манзили зист ва ҷамъиятӣ, ки дар наздикии ҳудуди беморхона ҷойгиранд намоён бошанд. Масофа аз бинои патологоанатомӣ то биноҳои ҳучрадор, ошхона бояд на камтар аз 30 метр бошад.

Минтақаи маросимии муассисаи тиббӣ бояд даромад ва баромади алоҳида дошта бошад.

2.10. Шӯъбаҳои сироятӣ, пӯсту зӯҳравӣ, таваллудхона, кӯдакона, рӯҳи, радиологӣ бо мақсади табобатӣ, бояд дар биноҳои алоҳида ҷойгир бошанд. Марказҳои саломатӣ бояд ба беруни минтақа наздик бошад ва даромади ҷудогона дошта бошанд.

2.11. Дар ҳудуди беморхонаи сироятӣ (бино), минтақа барои бемориҳои сироятӣ, ки аз дигар минтақаҳо бо қитъаи кабудизоркардашуда ҷудо аст, баромад (даромад) ва майдончаи рӯйпӯш барои безаргардониҳои нақлиёт дорад, ҷудо мешавад.

2.12. Дар ҳудуди минтақаи хоҷагии муассисаи тиббӣ дар масофаи 25 метр аз бино, майдонча барои контейнерҳои партовҷамъкунӣ бо фарши саҳт ва даромад аз тарафи кӯча сохта мешавад. Андозаи майдонча бояд аз масоҳати контейнер 1,5 метр аз ҳар тараф зиёд бошад.

III. Талаботҳои гигиенӣ ба бино, иншоот ва ҳучраҳои муассисаи тиббӣ

3.1. Лоиҳаи биноҳои муассисаи тиббӣ аз нӯҳ қабат баланд набошанд. Шӯъбаҳои палатадори кӯдакона (аз ҷумла ҳучраҳои кӯдакони то синни 3 сола бо модарашон) на баландтар аз панҷум ошёна ҷойгир мекунанд, барои кӯдакони то 7 сола ва шӯъбаи кӯдакони рӯҳи – на баландтар аз ошёнаи дуюм.

3.2. Қарорҳои меъмурию банақшаگیرӣ ва конструктиви биноҳо ва ҳучраҳои табобатӣ ва таваллудхонаҳо, бояд реча ва шароити муътадили санитарии гигиенӣ ва зиддиэпидемиявиро барои расонидани кӯмаки тиббӣ ба аҳоли ва таъмини шароити меҳнат барои кормандони тиббиро таъмин намояд.

3.3. Сохтори муассиса ва тарҳи ҳучраҳои он, бояд имконият надихад, ки ҷараёни технологияи “ифлосу” “тоза” бо ҳам бархӯранд (ҳангоми хобонидани беморон ва зояндагон, расонидани кӯмаки тиббӣ, гузаронидани чорабиниҳои санитарии гигиенӣ ва зиддиэпидемикӣ).

3.4. Таркиб, майдончаҳои асосӣ ва ҳучраҳои ёрирасон дар асоси ҳуччатҳои меъёрии амалкунанда муайян карда мешавад.

Масоҳати ҳучраҳои асосии шӯъбаҳои ҳучрадорро аз рӯи Замимаи 1 ва Замимаи 2 ҳамин маҷмӯа қабул менамоянд.

Дар беморхонаҳо, таваллудхонаҳо ва дигар муассисаҳо, ки базаи таълимии мактабҳои олиӣ тиббӣ, донишкадаҳои баъдидипломӣ, колледҷҳо ва омӯзишгоҳҳо, инчунин, базаи илмии паӯхишгоҳҳои илмию тадқиқотӣ

мебошанд, зарурияти пешбини хучраҳои иловагӣ, барои таълими донишҷуён, омӯзгорон, хучраҳои ёрирасон (ҷои либоскашӣ, ҳочатхона, анбор ва ғ.) дар сохтори муассисаи тиббӣ бошад.

3.5. Рӯвари тирезаҳо ба тарафҳои рӯшноӣ офтоб вобаста аз ҷойгиршавии арзӣ географӣ аз рӯи ҷадвали 1 қабул карда мешавад.

Ҷадвали 1

Хучраҳо	Арзи географии Тоҷикистон
	38 ⁰ арзи шимол, 68 ⁰ дарозии шарқӣ
Толори чаррохи, толори эҳгарӣ, сексионӣ, хучраҳои зоиш	Шимол, Шимол-Шарқ, Шимол-Ғарб
Озмоишгоҳҳои бактериологӣ, барои қабули намунаҳо аз беморони сироятӣ, ҷобачогузори ва кушодани онҳо	Шимол, Шимол-Шарқ, Шимол-Ғарб, Ҷануб-Шарқ, Шарқ
Хучраҳои бемории сил ва сироятӣ	Ҷануб, Ҷануб-Шарқ, Шарқ, Шимол-Шарқ*, Шимол-Ғарб*
Хучраҳои табобатӣ интенсивӣ, шӯъбаҳои кӯдакони то синни 3 сола, хучраи бозӣ дар шӯъбаҳои кӯдакони	Ба тарафи ғарб иҷозат дода намешавад, Хучраҳои табобати интенсивӣ ба тарафи Ғарб ва Ҷанубу Ғарб

* Иҷозат дода мешавад на зиёдтар аз 10% аз шумораи умумии катҳо дар шӯъбаҳо. Ҳангоми банақшагирии бино, дар назди тирезаҳои хучраҳо ҷойгиршавии нуқтаҳои шикастабандӣ, қабули муоинакунӣ, даромад ба шӯъбаи қабул, зарфнигоҳдорӣ, боркунанда, экспедитсионӣ ва дигар биноҳо, ки дорои даромади нақлиёт мебошанд, иҷозат дода намешавад.

3.6. Дар тағхонаҳои биноҳо ҷойгиркунии шӯъбаҳои хучрадор барои беморон, хучраҳои барқпошдиҳӣ, таваллудӣ, чарроҳӣ, рентгенӣ, доругузaronӣ ва хучраи табибон, инчунин устохонаҳо, анборҳои маводҳои захрдор, тезбуғшаванда, моеъҳои тезоташгиранда ва шӯъбаи қабул иҷозат дода намешавад. Тағхонаҳо ва зербиноҳо мувофиқи талаботҳо ва меъёрҳои сохтмонӣ барои биноҳои ҷамъиятӣ ва иншоотҳо истифода бурда мешаванд.

3.7. Таҷҳизотҳо, ки манбаи садо ва ларзиш ҳастанд, ҷойгиркунии онҳо дар наздикии хучраҳо барои беморон, табобатию ташхисӣ ва амлиётхонаҳо иҷозат дода намешавад. Сатҳи фишори садо, ларзиш набояд аз сатҳи иҷозатдодашудаи меъёрҳои санитарӣ зиёд бошад.

3.8. Ҷойгиркунии хучраи рентгенӣ, ки фаъолияти онҳо бо маводҳои радиоактивӣ вобаста аст, дар асоси талаботҳо оид ба таркиб ва истифодабарии хучраҳои рентгенӣ, таҷҳизотҳо ва гузаронидани ташхиси рентгенологӣ, инчунин дигар меъёрҳои амалкунанда ҷорӣ карда мешавад.

3.9. Амалиётхонаи хучраи рентгенӣ, хучраҳои шӯъбаи табобати нури, ки дар онҳо манбаи афканишоти ионофар истифода мешавад, хучраи ташхиси

радиоизотопӣ, ки кор бо синфи 1 ва 2 гузаронида мешавад, ҷойгиркунии онҳо якҷоя (бо горизонталӣ ва вертикалӣ) бо ҳучраҳои ҳомиладорон ва кӯдакон иҷозат дода намешавад.

3.9.1. Даромад ба шӯъбаи рентгенологӣ барои беморони беморхона ва мизочони марказҳои саломатӣ, бояд ҷудоғона бошад, агар шӯъба ҳамшафақ бошад. Таҷҳизоти рентгени сайёр дар шӯъбаҳо бояд дар ҷои махсус нигоҳ дошта шавад. 3.9.2. Баъди гузаронидани ташхис таҷҳизот ба ҷояш оварда тоза ва беҳатар нигоҳ дошта мешавад. Ҳамшираи тиббӣ ва ҳамшираи калони тибии шӯъба ба нигоҳдорӣ, беҳатарӣ ва истифодаи таҷҳизоти сайёри рентгенӣ масъул мебошанд. Шӯъбаи рентгенӣ набояд роҳгузар бошад.

3.10. Блоки ҷарроҳии метавонад дар бинои ҷудоғона ҷойгир шавад. Ҳангоми ҷойгиркунии блоки ҷарроҳӣ дар дигар биноҳои табобатӣ, бояд даромади гарми қулай, ки блоки ҷарроҳиро бо дигар зерсохторҳои табобатӣ ташхисӣ ва клиникӣ мепайвандад, пешбинӣ карда шавад. Толори ҷарроҳии барои ҷарроҳии таъҷилӣ дар ҳайати шӯъбаҳои қабул, толори зоиш, эҳғарии кӯдакона ва калонсолон, ҷойгир мекунад. Шӯъбаҳо дар блокҳои ҷарроҳӣ набояд роҳгузар бошанд. Рӯвари тирезаҳои ҷарроҳихона, бояд ба тарафи ҷануб, ҷанубу-шарқ ва ҷанубу-ғарб бошанд. Даромад ба блоки толори ҷарроҳии барои кормандон ба воситаи гузаргоҳи санитарӣ ва барои беморон ба воситаи шлюз бояд бошад.

3.10.1. Дар беморхонаҳо блокҳои ҷарроҳӣ бо ҷудокунии минтақаҳои қатъии ҳучраҳои дарунӣ, пешбинӣ карда мешавад.

3.10.2. Дар блокҳои ҷарроҳӣ бояд минтақаҳо ба таври ҷиддӣ ҷудо карда шаванд: минтақаи номаҳдуд – ин минтақа даромад аз роҳрав, бо ин минтақа кормандон, беморон ва маводҳо дароварда мешаванд; минтақаи гузаранда (транзиторӣ) - иборат аст аз ҷои либоскашӣ ва ҷевонҳо ва гузаргоҳ метавонад аз минтақаи бемаҳдуд ба минтақаи ниммаҳдуд ва ё ба минтақаи маҳдуд; минтақаи ниммаҳдуд – ин ҷои нигоҳдории ашёҳои таъмизшуда ва чуқур безараркардашуда, инчунин роҳравҳои ба минтақаи маҳдудоваранда; минтақаи маҳдуд – ин минтақаи толори ҷарроҳии ва ҷои шӯстани дастони ҷарроҳ; минтақаи корӣ – ин, минтақаи коркард ва нигоҳдории инвентар барои кормандон. Ҳамаи ин, бо миқдори басандаи ҳучраҳо вобаста ба сатҳи расонидани кӯмак ва таҷҳизотҳо (на камтар аз 3 ҳучра) бояд пешбинӣ шавад. Ҳамчунин, бояд ҳучраҳо барои оббозӣ, ҳочатхона ва ҷои либоскашӣ пешбинӣ шавад. Ҳучраҳои оббозӣ аз ҳисоби 1 ҳучра ба 2-4 ҷарроҳихона мемонанд.

3.10.3. Ҷараён дар блоки ҷарроҳӣ, бояд чунин ҷудо карда шавад:

- "минтақаи маҳдуд" – дастрасии маҳдуд, ба ғайр аз кормандони масъул ва мизочон, дарҳо бояд доим маҳкам бошанд ба истисно барои кормандон ва мизочон ҳангоми равуо, таҷҳизот ва инвентар;

- "минтақаи ниммаҳдуд" – дастрасии маҳдуд, ба истисно кормандони масъул ва мизочон;
- "минтақаи гузаранда" – дастрасӣ танҳо барои кормандони масъул;
- "минтақаи номаҳдуд" – дастрасӣ ба гурӯҳи муайян – гузаштани кормандони масъул ба минтақаи гузаранда, инчунин мушовирон, донишҷӯён (на зида аз 6 нафар).

Чараёнро лифтҳои чудоғона, ки ба якдигар намерасанд, таъмин менамояд.

3.11. Таркиб ва масоҳати шӯъбаи анестезиологӣ ва эҳғариро супориш ба лоиҳакаш вобаста аз самти фаъолияти муассисаи тиббӣ ва миқдори катҳои он, муайян менамояд.

3.11.1. Дар шӯъбаи эҳғарӣ, анестезӣ ва табобати интенсивӣ, бояд изолятор дошта бошад.

3.12. Дар муассисаҳои тиббӣ шӯъбаи ташхиси функционалӣ пешбинӣ мешавад, масоҳат ва таркиби онро супориш ба лоиҳакаш вобаста аз миқдори ташхис дар як рӯз, муайян менамояд. Дар муассисаҳо бо 400 кат ва аз ин зиёд, бояд ду шӯъбаи ташхиси функционалӣ; яке барои қабули беморони беморхона ва дигаре барои қабули мизочони марказҳои саломатӣ, пешбинӣ карда шавад.

3.12.1. Ҳуҷраи ташхисгоҳи микробиологӣ, бояд ҷудо аз дигар ҳуҷраҳои ташхисгоҳ бошад. Даромад ба шӯъбаи микробиологӣ барои мизочон бояд аз берун бошад.

3.13. Шӯъбаи хунгузаронӣ бояд дар қабати якум (хубтар аст) ҷойгир шавад. Таркиб ва масоҳати ҳуҷраҳоро супориш ба лоиҳакаш муайян менамояд.

3.14. Дар муассисаҳои таваллудии ҷӣ мустақилона ва ҷӣ дар ҳайати беморхонаҳои бисёрсоҳавӣ, қарори меъморию лоиҳакашӣ, бояд ба минтақа ҷудо намудани шӯъба, чараёни дохилибеморхонагӣ ва шароити мӯътадили кормандонро таъмин намояд.

3.14.1. Шӯъбаи қабул, бояд бо таҷҳизот барои қабул ва расонидани кӯмаки бетаъхир, гузаргоҳи санитарӣ барои либоскашии мизочон, ҳамроҳон, кормандон, ҷой барои нигоҳдории либосҳои болоии мизочон ва ҳамроҳон, ҳоҷатхона ва ҳуҷраи оббозӣ аз ҳисоби 1 ҳуҷра ба 5 нафар таҷҳизонида шавад.

3.14.2. Ҷораҳои пешгирикунандае, ки ба роҳҳои гузариши сироятҳо асос меёбанд ин изоляторҳо мебошанд, ки барои мизочоне, ки дар онҳо бемориҳои сироятӣ муайян ва ё гумонбар мешаванд, ки асосан бо роҳҳои ҳавоӣ катрагӣ ва ё алоқавӣ мегузаранд пешбинӣ мешаванд.

3.14.3. Изоляторҳо бояд дар ҳуҷраҳои чудоғона ҷойгир шаванд. Дар изоляторҳои барои сироятҳои бо роҳи ҳаво паҳншаванда, бояд ҳавокашии онҳо аз дарун ба берун бошад (фишори манфии ҳаво). Изоляторҳо дар қабати 1-ум дар тарафи бинои асосӣ, ҷойгир бошад ва даромаду баромади чудоғона дошта бошанд.

3.14.4. Изоляторҳо бояд ҳуҷраи оббозӣ алоҳида, даромад барои кормандон ва полиш (шлюз) аз тарафи шӯъба дошта бошанд.

3.15. Шӯъбаи сироятиро, бояд дар бинои чудоистода чойгир намуд. Дар шӯъбаи сироятӣ даромадгоҳҳо, зинаҳо, лифтҳо бояд дар алоҳидагӣ барои қабул ва рӯҳсат додани беморон бошанд.

3.15.1. Дар шӯъбаҳои сироятӣ, барои қабули беморон боксҳои қабул ва муоинавӣ, ки шумораи онҳо вобаста аз миқдори катҳои дар шӯъба будагӣ муайян мекунанд: то 60 кат – 2 бокс, 60-100 кат -3 бокс, зиёда аз 100 кат – 3% аз шумораи катҳо, пешбинӣ карда шавад.

Фоида таносуби катҳо дар боксҳо, нимбоксҳо ва палатаҳои шӯъбаи сироятӣ аз рӯи ҷадвали 2 қабул мешавад.

Ҷадвали 2

Шумораи катҳо дар шӯъба	Боксҳо		Нимбоксҳо		Ҳуҷраҳо
	барои 1 кат	барои 2 кат	барои 1 кат	барои 2 кат	
аз 25 то 30	50	50	-	-	-
30-60	25	25	15	35	-
60-100	15	25	4	16	40
Зиёда аз 100:					
барои калонсолон	4	8	6	12	70
барои кӯдакон	10	10	15	25	40

3.15.2. Дар ҳайати боксҳо ва нимбоксҳо пешбинӣ мешавад: ҳоҷатхона ва ванна, ҳуҷра ва шлюз байни палата ва роҳрав. Бағайр аз ин, бокс бояд тамбур бо баромади берундошта бошад.

3.15.3. Дар шӯъбаҳои сироятӣ, дар девор ва тавораҳо, ки ҳуҷраҳои кӯдаконаро аз роҳрав ҷудо менамояд, инчунин, дар девор ва тавораҳои байни ҳуҷраҳои кӯдакони то синни 7 сола, чой барои тиреза, ки андозаашро фармоишгари лоиҳа муайян менамояд; дар ҳуҷраҳо бояд шлюз ва ҳоҷатхона пешбинӣ карда шавад. Дар боксҳо, нимбоксҳо ва ҳуҷраҳо бояд дарича барои тақсимои хӯрок, доруворӣ ва чойпӯш, пешбинӣ карда шавад.

3.16. Дар шӯъбаҳои ғайрисироятӣ барои қабули кӯдакони бемор, бояд боксҳо ва боксҳои қабулу муоина, пешбинӣ карда шаванд. Миқдори боксҳо бояд ба 5 % ва шумораи боксҳои қабулу муоинавӣ – 3 % миқдори катҳо дар шӯъбаи кӯдакона, пешбинӣ карда шавад. Боксҳо мувофиқи банди 3.15.2. таҷҳизонида мешаванд.

3.17. Масоҳати ҳуҷраҳои муассисаи тиббӣ мувофиқи замимаи 1 қабул карда мешавад.

3.17.1. Шӯъбаи ҳуҷрадор набояд роҳгузар бошад. Ҳангоми даромад ба шӯъбаи ҳуҷрадор, бояд шлюз пешбинӣ карда шавад. Миқдори катҳо дар шӯъбаиро супориш ба лоиҳакаш муайян менамояд.

3.17.2. Ғунҷоиши ҳуҷра барои кӯдакони аз 1 сола боло ва калонсолон, бояд аз 4 кат зиёд набошад. Ғунҷоиши ҳуҷра барои кӯдакони то 1 сола бояд аз 2 кат зиёд набошад.

3.17.3. Дар шӯъбаи кӯдакони то 1 сола ҷой барои 8 кат, пешбинӣ карда мешавад. Дар шӯъбаҳо барои навзодон, бояд ҷой барои на зиёдтар аз 20 кат пешбинӣ карда шавад. Иҷозат дода мешавад, ҷойгиркунии палатаҳо барои навзодон дар байни палатаҳои зояндагон. Дар ин маврид дар даромадгоҳ ба палатаи навзодон бояд шлюз пешбинӣ шавад.

3.18. Дар шӯъбаҳои дорои ду қисми ҳуҷрадор на камтар аз 2 амалиётхона пешбинӣ мешавад. Дар шӯъбаҳои сироятӣ, ки аз боксҳо иборатанд, амалиётхона бояд баромади берун ва шлюз ҳангоми даромад аз роҳрав дошта бошад.

3.19. Шумораи ҷои нишаст дар ошхонаҳои муассисаҳои (шӯъбаҳо) тиббӣ, шӯъбаҳои бемориҳои сил, табобати барқарорсозӣ, рӯҳӣ, пӯсту зӯҳравӣ, инчунин, баъди зоишӣ бояд аз 80% ва барои дигар муассисаҳои тиббӣ (шӯъбаҳо) – 60% ҳисоби катҳо муайянкарда мешавад. Пешбини 1 ошхона барои ду шӯъбаи ҳуҷрадор, дар беморхонаҳои бемории сил бошад 1 ошхона барои ҳамаи шӯъбаҳои ҳуҷрадор иҷозат дода мешавад. Дар шӯъбаҳои кӯдакони, ошхона барои кӯдакони аз 3 сола боло пешбинӣ карда мешавад.

3.20. Дар шӯъбаҳои ҳуҷрадори кӯдакони аз 1 сола боло 2 ванна; барои кӯдакони то 1 сола ваннаҳоро бояд дар палата ва ё ҳуҷраи навбатдории ҳамшираи тиббӣ пешбинӣ мекунанд.

3.21. Қарори меъёрию лоихакашии шӯъбаҳои рӯзона ва ҳуҷраҳои он бояд речаи мӯътадили санитарияу гигиенӣ. Зиддиэпидемикӣ, шароити будубоши беморон ва кормандони хизматрасонро, таъмин намояд.

3.21.1. Ғунҷоиши ҳуҷраҳои будубоши рӯзона, набояд аз 4 кат зиёд бошад.

3.21.2. Таркиби ҳуҷраҳои шӯъбаи рӯзона аз ҳисоби самти катҳо, иқтидор ва шароити маҳал, муайян карда мешавад. Таркиб ва масоҳати минималии ҳуҷраҳои махсус ва ғайримахсуси статсионари рӯзона дар зимимаҳои 3 ва 4 оварда шудааст.

3.21.3. Таркиби ҳуҷраҳои шӯъбаҳои рӯзона, аз ҳисоби истифодаи ҳуҷраҳои монанди дигар зерсохторҳои муассисаҳои табобатиро профилактикӣ ва шароити маҳал муайян карда мешавад.

3.21.4.. Шӯъбаҳои рӯзонаи хосписҳо метавонад таркиби ғайрирасмӣ дошта бошад. ҳуҷраҳо дар он метавонад набошад. Барои вохӯрӣ ва робитаи беморон ва ҳешу таборон бо ҳамдигар ва бо кормандони тибб, ҳуҷраи будубоши рӯзона пешбинӣ карда мешавад.

3.22. Таркиби ҳуҷра ва масоҳати шӯъбаи табобати барқарорсозӣ барои беморон, дар асоси ҳисоботи миқдори амалиётҳо ва супориш барои лоихакашӣ, маълум карда мешавад:

- амалиётҳои физиотерапевтӣ (табобати барқию рӯшноӣ, табобати гармӣ, табобат бо лой ва ғ.);

- масх, варзиши бадани табобатӣ (аз ҷумла бассейнҳо, ваннаҳо барои табобати ҳаракат дар об), табобат бо меҳнат ва ғ.

3.22.1. Шӯъбаи табобати барқарорсозӣ метавонад умумӣ бошад, ҳам барои мизочони марказҳои саломатӣ ва ҳам барои шӯъбаҳои рӯзона. Даромад барои беморони беморхонаҳо ва мизочони марказҳои саломатӣ, шӯъбаҳои рӯзона ба шӯъбаи табобати барқарорсозӣ бояд ҷудоғона бошад.

3.22.2. Пайвастанкунӣ ва истифодабарии таҷҳизотҳо, ки манбаи сатҳи электромагнитӣ (ЭМП) мебошанд, мувофиқи қоида ва меъёрҳои санитарӣ оид ба сатҳи электромагнитӣ дар шароити истеҳсолот амалӣ менамоянд.

3.22.3. Дар таркиби офтобҷо (солярия), ки барои ба таври сунъӣ нурафкани ултрафиолетӣ намудани одамон, бояд ҷои либоскашӣ ва ҷои оббозӣ пешбинӣ карда шавад. Дар ҷои солярий нӯқтаи ҳамшираи тиббӣ ташкил карда мешавад.

3.22.4. Таҷҳизотҳои физиотерапевтӣ дар ҳуҷраҳои ҷудоғона, қолаби онҳо аз пластмасса ва ҷӯб ва ё аз кубурҳои оҳанини (никелӣ), озод аз замин пайвастан (изолятсия аз девор ва фарш), насб карда мешаванд.

3.22.5. Дар ҳуҷраҳо аз як таҷҳизот зиёд роҳдода намешавад. Ҳуҷра бояд андозаи зерин дошта бошад: баландии пештахта - 2,0 м, дарозӣ - 2,2 м, паҳноӣ - 1,8 м. Ҳангоми истифодаи таҷҳизоти индуктотермӣ, табобати микромавҷӣ, УВЧ-генераторҳои қуватнокии зиёда аз 200 Вт паҳноии кабина на камтар аз 2 м қабул мегардад.

3.22.6. Таҷҳизотҳо барои гузаронидани амалиётҳои физиотерапевтӣ бо дистансионӣ, аз ҷумла, ва бо ҷойгиршавии конденсаторҳои пластинии афкананда, ҳуҷраи махсуси ҷудоғона ва ё кабина ки бо матоъи экран бо микроноқилҳо мебошад, талаб менамояд.

3.22.7. Таҷҳизотҳои лазерии синфи хатарнокиашон 3 ва 4 бояд дар ҳуҷраҳои алоҳида ҷойгир карда шаванд. Деворҳо аз маводи ба сӯхтор тобовар бо сатҳи бетобиш тайёр мешаванд. Дарҳои ҳуҷраҳо бояд бо қулфҳои дарунӣ бо таҷҳизоти бандкунанда, ки даромадро ба ҳуҷра ҳангоми кор бо лазер маҳдуд мекунанд таҷҳизонида мешаванд. Дар рӯи дар, бояд аломати хатари лазерӣ ва ба таври автоматӣ ҷароғон шудани таблои «Хатарнок, лазер кор карда истодааст!» ҷиҳозонида шуда бошад. Таҷҳизотҳои лазерии синфи хатарнокиашон 1 ва 2, иҷозат дода мешавад, ки дар ҳуҷраҳои умумӣ ҷойгир шаванд.

3.22.8. Дар муассисаҳои табобатӣ, аз ҷумла дар шӯъбаҳои рӯзона ҳангоми доштани хулосаи санитарӣ эпидемиологӣ, ҷойгиркунии манбаҳои афканишотии ионӣ - маммограф, ортопантомограф, радиовизиограф, иҷозат дода мешавад. Масоҳат ва ҷамъи ҳуҷраҳои ташхиси рентгенӣ, инчунин талаботи гигиенӣ ба таркиб ва истифодаи онҳо мувофиқи меъёрҳои амалкунанда ба роҳ монда мешавад.

3.23. Шӯъбаи патологоанатомӣ аз рӯи қоида, бояд дар бинои ҷудоғона ҷойгир бошад. Иҷозат дода мешавад, ки бозсозии бинои патологоанатомӣ дар назди биноҳои хоҷагӣ бошад, ба ғайр аз назди ошхона.

3.23.1. Таркиб ва масоҳати шӯъбаи патологоанатомӣ, аз рӯи супориши лоиҳакашӣ, муайян карда мешавад. Ҳуҷра барои кушодани маитҳои сироятёфта бояд ҷудоғона бошад ва даромади ҷудоғона аз берун дошта бошанд.

3.24. Дар муассисаҳои тиббӣ бояд шӯъбаи (хучра) марказонидашудаи тамбизгардонӣ (ШМТ) пешбинӣ карда шавад. Таркиб ва масоҳаташ аз рӯи ҳисобҳои миқдори катҳои хизматрасонӣ ва дар асоси хучратҳои меъёрӣ, пешбинӣ карда мешавад.

3.24.1. Ҳамаи хучраҳои шӯъба (ШМТ) бояд ба се минтақа ҷудо карда шаванд – 1.ифлос, ки он ҷо безаргардонӣ ва тозакунони гузаронида мешавад; 2. минтақаи тоза, ки онҷо назорати техники, вақтҳои зарури таъмир, хизмати пешгирикунӣ, тест/монтажи функционали, шустушуи такрорӣ ва печонидан ба амал оварда мешавад. 3.тамизҷой: нимаи тамбизҷой - автоклав, анбори маводҳои тамбизшуда, экспедитсия; бад аз печонидани маводҳо автоклав карда мешавад.Дигар хучраҳо ба минтақаи тамбизнашуда дохил мешаванд. Шӯъба бояд се даромади ҷудогона дошта бошад (қабул, боздод, даромад барои кормандон).

3.25. Ҳангоми банақшагирии ҷомашӯйхона дар назди муассисаҳои тандурустӣ, маҳсулнокии онро аз ҳисоби шӯстушуи 2,3 кг ҷойпӯш барои 1 кат дар як шабонарӯз дар беморхона ва 0,4 кг ҷойпӯши хушк дар шабонарӯз барои як ташриф ба муассисаи кӯмаки аввалияи тиббию санитарӣ, қабул намуд.

3.25.1. Ҷомашӯйхонаро мебояд ба минтақаи ифлос ва тоза таксим намуд.

3.23.2. Бояд даромадгоҳи алоҳида барои ҷойпуш ва либосҳои ифлос ва баромадгоҳи алоҳида барои ҷойпуш ва либосҳои тоза мавҷуд бошад.

3.23.3. Шамолкаши ва самти ҳаракати ҳаво бояд аз минтақаи тоза ба минтақаи ифлос бошад.

3.23.4. дар ҳар як минтақа барои шустушуи дастҳо бояд дастшӯяк мавҷуд бошад.

3.26. Пушонандаҳои байниқабатҳо, тавораҳо, ҷои васлшавӣ ва сурохиҳо барои гузаронидани комуникатсияҳои муҳандисӣ ва ноқилҳо, бояд маҳкам ва ногузар барои ҳояндаҳо ва ҳашаротҳо бошанд.

3.27. Дар муассисаи тиббӣ, ҳоҷатхонаи ҷудогона барои беморон ва кормандон, пешбинӣ карда мешавад.

3.27.1. Масоҳати ҳоҷатхона барои беморон бояд 1,1 x1,6 м ҳангоми кушодани дар ба тарафи берун, бошад. Дар назди ҳоҷатхонаҳо бояд дастшӯяк бошад.

3.27.2. Миқдори асбобҳои санитарӣ (ҷумак, дастшӯяк, ваннаҳо, пешобдон (писсуар) ва ғ.) барои беморон дар шӯъбаҳои хучрадори беморхонаҳо, агар онҳо барои хучраҳо пешбинӣ нашуда бошанд, бояд аз ҳисоби 1 таҷҳизот барои 10 нафар дар ҳоҷатхона (санузел) мардона ва 8 нафар дар занона ҳисоб карда мешавад.

3.27.3. Дар ҳоҷатхонаҳои (санузелҳо) шӯъбаҳои хучрадор бояд ҷой барои гигиенаи шахсӣ (тахораткунӣ) таҷҳизонида шуда бошад.

3.27.4. Дар ҳамаи муассисаҳои тандурустӣ шароит барои мизочони маъҷуб фароҳам оварда шуда бошад: даромадгоҳҳои махсус барои аробачаҳои маъҷубон ва ғ.

3.27.5. Дар хучраи санитарияи маишӣ, барои кормандони хизматрасон, бояд: - миқдори нуқтаҳо оббозӣ (душ) - аз ҳисоби: на камтар аз 1 нуқта ба 10 нафар дар шӯъбаҳои сироятӣ ва дар дигар шӯъбаҳо на камтар аз 1 нуқта

барои 15 нафар. Ҳангоми кам будани кормандон бояд 1 нуқтаи оббозӣ барои шӯъба пешбинӣ карда мешавад.

3.28. Чамъоварӣ, нигоҳдорӣ ва нобуд сохтан ва партовҳо аз бино ва ҳудуди муассисаи тиббӣ бояд дар супориш барои лоихакашӣ мувофиқи талаботҳои санитариӣ ва дигар ҳуҷатҳои меъёриӣ амалкунанда, ба роҳ монда шавад.

3.29. Ошхонаи муассисаи тиббӣ, бояд дар бинои чудоғона, ки ба шӯъбаҳои ҳуҷрадор ба воситаи роҳҳои нақлиётӣ алоқаманд аст, ба ғайр аз шӯъбаҳои сироятӣ, ҷойгир карда мешавад. Ошхона бояд ба талаботҳои санитарӣ барои муассисаҳои хӯроки умумӣ пешбинӣ шудаанд, мувофиқат намояд.

IV. Талабот ба ороиши дохили ҳуҷраҳо

4.1. Барои ороиши дохилии ҳуҷраҳо, ҳавокашҳо, системаи вентелятсионӣ ва полишҳо, аз маводҳои истифода мебаранд, ки таъиноти функционалии онҳо ва иҷозат барои истифода дар муассисаҳои тиббӣ мувофиқи тартиби ҷоришуда мебошанд.

4.2. Сатҳи девор, фарш ва шифти ҳуҷраҳо бояд суфта, осон дастрас барои тозакунии намдор, тобовар ҳангоми истифодаи маводҳои шӯянда ва безараркунандаи иҷозатдодашуда барои истифода аз рӯи тартиби қабулшуда бошанд.

4.3. Деворҳои ҳуҷраҳо, ҳуҷраҳои табибон, толлорҳо, миёнасарой, ошхона, ҳуҷраҳои физиотерапевтӣ ва дигар ҳуҷраҳои табобатию ташхисӣ бо речаи хушки корӣ бо ранги силикатӣ (ҳангоми зарурат омехта бо рангҳои рағанӣ), тавсия дода мешавад. Барои рангкунии шифт метавон аз сафедкунии оҳақдор ва ё имулсияи обӣ истифода намуд. Фарш бояд дорои қобилияти гармингоҳдорӣ (паркет, тахтаҳои паркетӣ, фарши чӯбин, бо ранги рағани рангуборшуда, линолеум) дошта бошад. Дар миёнасарой фарш бояд ба зарбҳои механикӣ тобовар бошад (майдарезаи мраморӣ, мрамор, фарши мозаикӣ ва ғ.).

4.4. Дар ҳуҷраҳо, бо речаи кори намдор ва безараркунии намдори ҷорӣ гузаронанда (толори чаррохи, бандубастӣ, зоишхона, пеш аз толори чаррохи, беҳискунӣ, амалиётхона ва дигар ба инҳо монанд, инчунин ваннаҳо, нуқтаҳои оббозӣ, ҳоҷатхонаҳо, ҳуҷраи клизмакунӣ, ҳуҷра барои нигоҳдорӣ ва ҷобачогузориӣ ҷойпӯшҳои ифлос ва ғ) деворҳоро бояд бо плитачаҳои сирдодашуда ва ё дигар маводҳои намбардор то баландиашон рӯйпӯш мекунанд. Барои рӯйпӯш намудани фарш бояд аз маводҳои обногузар истифода бурд. Фарш дар толори чаррохи, беҳискунӣ, зоишгоҳ ва дигар ҳуҷраҳои ба инҳо монанд бояд антистатикӣ бошанд. Рӯйпӯши фаршҳо дар муассисаҳои тиббӣ набояд нуқсон дошта бошанд (сӯроҳ, тарқиш қафидагӣ ва ғ.), бояд он ҳамвор, мустаҳкам ба асос пайваст, тобовар ба таъсири маводҳои шӯянда ва безараркунада бошад. Ҳангоми истифодаи рӯйпӯшҳои линолеумӣ, тарафҳои линолеум ба девор дар таги плитус байни девору фарш, мустаҳкам бошад. Дарзҳои сарбасари линолеум бояд мустаҳкам ба якдигар лаҳим карда шаванд. Шифт дар

хучраҳои речаи корӣ намнокдошта бояд бо рангҳои обнотарс ва ё бо дигар маводҳои ба нами тобовар иҷро гарданд.

4.5. Дар ҷойҳои гузоштани дастшӯякҳо ва дигар асбобҳои санитарӣ, инчунин, таҷҳизотҳое, ки истифодабарии онҳо бо эҳтимолияти намнокии деворҳо ва тавораҳо мегарданд, бо плитачаҳои сирдор ва ё дигар маводҳои ба нами тобовар дар баландии 1,6 м аз сатҳи фарш ва бо паҳноии зиёда аз 20 см аз таҷҳизот ва асбобҳо аз ҳар тараф, пешбинӣ намудан лозим аст.

4.6. Истифодаи фаршҳои овезони конструксияи гуногун дар хучраҳо, миёнсарой, роҳравҳо, толлорҳо ва дигар хучраҳои ёрирасон, ки риояи қидии речаи зиддиэпидемикиро, асептика ва антисептикаро талаб намекунад, иҷозат дода мешавад. Истифодаи фаршҳои овезон дар толори чаррохи, зоишгоҳ, бандубастӣ, амалиётхона ва дигар хучраҳои ба ин монанд, бар замми ин, конструксия ва маводҳои фаршҳои овезон бояд ҳавонагузарониро таъмин намоянд ва сатҳи ҳамвор ва шароити гузаронидани тозакунии намдор ва безараргардониро доро бошад, иҷозат дода мешавад.

4.7. Сатҳи дохили ва берунаи ҷиҳозҳои тиббӣ бояд ҳамвор ва аз маводҳое тайёршуда, ки тобовар ба таъсири маводҳои шӯянда, безараргардонӣ ва доруворӣ бошанд.

V. Талабот ба обтаъминкунӣ ва коррезӣ

5.1. Муассисаҳои тандурустии аз нав сохтмоншуда, таҷдидшуда ва фаъолиятдошта, аз ҷумла шӯбаҳои рӯзона, бояд бо кубури обрасон, коррезӣ, оби гарми мутамарказ, таъмин бошанд. Сифати об барои нӯшокию маишӣ бояд ба талаботҳои санитарияу гигиенӣ мувофиқат намояд. Ҳангоми доштани манбаи хусусӣ обтаъминкунӣ, истифодаи он танҳо баъди доштани ҳулосаи санитарияу гигиенӣ манба ба роҳ монда мешавад.

5.2. Дар ҳар муассисаи тиббӣ системаи ҷамъоварӣ, нигоҳдории муваққатӣ ва нобуд сохтани партовҳои синфҳои хатарнокиашон гуногун мувофиқи талаботҳои амалишавандаи хучатҳои меъёрӣ, таҳия ва тасдиқ карда мешавад. Барои ин, муассиса бояд бо таҷҳизотҳои технологияи зарурӣ таъмин бошад (аробаҳо, аробаҳои байнибиноии нақлиётӣ, герметизатор ва ғ.), бандубастии якмаротибагӣ ва контейнерҳои нақлиётӣ.

5.3. Тозакунӣ ва безараргардонии обҳои коррезӣ аз муассисаҳои тиббӣ бояд дар иншоотҳои коррезии умумишаҳрӣ ва ё дигар иншоотҳои коррезӣ, ки самаранокии тозакунии ва безараркуниро кафолат медиҳанд гузаронида мешавад. Ҳангоми набудани иншоотҳои коррезии умумишаҳрӣ, обҳои коррезӣ бояд аз тозакунии биологӣ ба пуррагӣ гузашта ва дар иншоотҳои маҳалӣ безарар карда шаванд.

5.3.1. Обҳои коррезии муассисаҳои табобатии сироятӣ пеш аз партофтани об ба кубури коррезии беруна, бояд дар ҳавзҳои мавҷудбудаи муассиса безарар карда шаванд.

5.3.2. Дар хучраи тайёр намудани гач дар зерӣ дастшӯяк таҷҳизоти гачтакшоншаванда, пешбинӣ карда шаванд.

5.3.3. Обҳои коррезӣ аз ҳучраҳои амалиёти табобатӣ бо лой, ҷои тайёр намудани лой ва дигар ҳучраҳои лойтабобат бояд ба воситаи трапҳои махсус ба лойтакшонкунак оварда бароварда шавад.

5.3.4. Барои тоза намудани обҳои коррезии истехсоли аз бинои ошхонаи беморхонаи то 1000 кат ва зиёд бояд таҷҳизоти равшанполиш (берун аз бино), пешбинӣ намуд.

5.4. Барои сохтмонҳои нав ва таҷдидшавандаи муассисаҳои тиббӣ, дар ҳолатҳои аз қор баромадан ва ё гузаронидани таъмири профилактикӣ системаи таъмини оби гарм, бояд таъмини оби гарм аз манбаи захиравӣ, пешбинӣ шуда бошад. Барои муассисаҳои фаъолиятдошта – ба сифати манбаи захиравӣ обгармкунакҳои барқии бетанафус дар гузаргоҳи санитарӣ, пешазҷарроҳӣ ва толори зоиш, амалиётхона, бандубастхона, шӯъбаи навзодон ва кӯдакони то 1 сола, ванна, ҳучраҳои санитарӣ, шӯстушӯйхона, буфет, буфет-тақсимкунанда, ошхона ва дигар ҳучраҳои функционалӣ, ки риояи чиддии речаи зиддиэпидемикиро талаб мекунанд, насб карда мешавад.

5.5. Дар ҳучраҳои беморон (аз ҷумла дар ҳучраҳои кӯдакон ва навзодон), ҳучраҳои табибон, кормандон, ҳоҷатхона, шлюзи боксҳо ва нимюоксҳо, ад ҳучраҳои модарони шӯъбаи кӯдакона, амалиётхона, бандубастӣ ва ҳучраҳои ёрирасон, бояд дастшӯяк бо хати оби гарму хунук таҷҳизонида шаванд. Ҳарорати оби гарм дар хати обгузари палатаҳои кӯдакона ва рӯҳи аз 37° С зиёд набошад.

5.6. Ҳучраи пеш аз ҷарроҳӣ, бандубастӣ, толори зоиш, эҳғарӣ, амалиётхона, нуқтаи навбатдорӣ ҳамшираи тиббӣ, назди ҳучраҳои навзодон ва дигар ҳучраҳо, ки риояи реча ва тозагии дастони кормандони тиббӣ хизматрасонро талаб мекунад, бояд бо дастшӯяк, таҷҳизонидани ҷумаки оринҷкушо, инчунин дозаторҳои (оринҷӣ) бо собуни моеъ (антисептикӣ) ва моеъҳои антисептикӣ, таҷҳизонида шаванд. Дар шӯъбаҳои сироятӣ, сил, пӯсту зуҳравӣ, фасодию септикӣ, сӯхта, гематологӣ, клиникӣ ташхисӣ ва ташхисгоҳҳои вирусологию бактериологӣ бояд дастшӯяк бо дозаторҳои оринҷӣ, бо собуни моеъ (антисептикӣ) ва моеъҳои антисептикӣ дар шлюзҳои боксҳо, нимбоксҳо ва ҳоҷатхона (санузелҳо) барои кормандон насб карда шаванд. Ҳоҷатхонаҳо ва нуқтаҳои дастшӯи бо сачоки якмаротибагии пахтаю коғазӣ ва инчунин, бо қуттиҳои педалдор ё одӣ барои партовҳо пешбинӣ карда мешавад.

5.7. Дар ҳучраҳои навзодон, дастшӯяк бо тағораи калон ва бо аралашкунак бо дозатори оринҷӣ шинонида мешавад.

Эъзоҳ: Дар сурати бо оби марказонидашудаи ошомиданӣ таъмин набудани муассисаи тиббӣ, дар шӯъбаҳо, ҳучраҳо ва дигар нуқтаҳо, ки об барои истифода лозим аст, бо дастшӯякҳои дар мағозаю бозорҳо фурухта мешуда, таъмин карда шаванд. Инчунин бо зарфҳои тоза ба меъёрҳои санитарӣ ҷавобгӯй буда, барои захира намудани оби тоза таъмин бошанд.

VI. Талабот ба гармидиҳӣ, вентелятсия, микроиклим ва муҳити ҳавои хучраҳо

6.1. Системаи гармидиҳӣ, ҳавотозакунӣ (вентелятсия) ва ҳавоивазкунии (конденсионирӣ) бояд шароити мӯътадили микроиклим ва муҳити ҳавои хучраҳои муассисаҳои табобатиро, таъмин намояд.

6.2. Ҳисоби ҳарорат, карати ҳавоивазкунии, категорияи тозагии хучраҳои муассисаи тиббӣ, аз ҷумла статсионарҳои рӯзонро мувофиқи замимаи 5 бояд қабул намуд.

6.3. Асбобҳои гармдиҳӣ бояд сатҳи ҳамвор дошта бошанд, ки ба осони тоза шаванд, онҳоро бояд дар девори беруна, зери тирезаҳо бе панчара ҷойгир намуд. Ҷойгиршавии асбобҳои гармидиҳӣ дар деворҳои дохилӣ иҷозат дода намешавад.

6.3.1. Дар толори ҷарроҳи, пеш аз ҷарроҳӣ, толори эҳғарӣ, беҳискуни, зоишхона, электросвечение ва хучраҳои шӯъбаҳои рӯҳи, инчунин хучраҳои табобати интенсивӣ ва хучраҳои баъдиҷарроҳӣ ба сифати асбоби гармидиҳӣ аз асбобҳои бояд истифода бурд, ки сатҳи ҳамвор дошта барои таъсири ҳар рӯзаи маводҳои шӯянда ва безараргардонӣ қуллай, тобовар буда, ҷои ҷангир ва ҷамъшавии микроорганизмҳоро надошта бошад.

6.3.2. Ҳангоми таҷҳизи панчара ба асбобҳои гармдиҳӣ дар хучраҳои маъмурию хоҷагӣ, дар беморхонаҳои (шӯъбаҳои) кӯдакона, аз маводҳои истифода мебаранд, ки барои истифода аз рӯи тартиби муқарраршуда, иҷозат дода шудааст. Бар замми ин, дастрасии озод барои истифодаи ҷорӣ ва тозакунии асбобҳои гармидиҳӣ, бояд таъмин карда шавад.

6.4. Ба сифати гармибаранда дар системаи марказии гармидиҳии беморхона ва таваллудхонаҳо аз об бо ҳадди ҳарорат дар асбобҳои гармидиҳӣ 85 °С, истифода мебаранд. Истифодаи дигар моеъҳо (антифриз ва ғ), ба сифати гармибаранда дар системаи гармидиҳии муассисаҳои тиббӣ иҷозат дода намешавад.

6.5. Бинои муассисаи тандурустӣ бояд бо системаи ҳавокашии даромаду – кашанда бо ангеаи механикӣ ва кашандаи табиӣ бе ангеаи механикӣ таҷҳизонида шуда бошад.

6.5.1. Дар шӯъбаҳои сироятӣ ҳавокаши кашанда барои ҳар як бокс ва нимбоксо дар алоҳидагӣ, ки таҷҳизоти безараркунандаи ҳаво доранд, насб карда мешавад. Ҳангоми набудани ҳавокаши даромаду-кашанда бо ангеаи механикӣ дар шӯъбаҳои сироятӣ, бояд ҳавокаши табиӣ бо таҷҳизондани ҳатмии ҳар як бокс ва нимбокс механизми безараркунандаи ҳаво намуди ресиркуляри, ки самаранокии инактиватсияи микроорганизмҳо ва вирусҳо на камтар аз 95 % таъмин менамояд гузошта шавад.

6.5.2. Дра шӯъбаи мутамаркази стерилизатсионӣ ва ҷомашуйхона самти ҳаракати ҳавои шамолкашак аз минткаи тоза ба минтакаи ифлос бояд бошад.

6.5.3. Лоихакашӣ ва истифодаи системаи вентелятсионӣ бояд ба яққояшавии ҳаво аз минтакаи «ифлос» ба хучраҳои «тоза» роҳ надихад.

6.7. Ҳучраҳои муассисаҳои табобатӣ, ба ғайр аз чарроҳихона, қатъи назар аз вентелятсияи даромаду-кашанда бо ангезаи механикӣ, бо ҳавокашии табиӣ (форточка, фрамугаҳои ялашаванда ва ғ.) бо системаи муқарраркунӣ таҷҳизотонида мешаванд.

6.8. Гирифтани ҳавои беруна барои системаи ҳавокашӣ ва конденсирванӣ аз минтақаи тоза дар баландии на камтар аз 2 м аз сатҳи замин гирифта мешавад. Ҳавои беруна, ки бо таҷҳизоти даромад дохил мешавад тозакуниро бо филтрҳои дурушт ва тунук мувофиқи меъёрҳои амалкунанда талаб мекунад.

6.8.1. Ҳавое, ки ба толори чарроҳи, беҳискунӣ, зоишгоҳ, эҳёгарӣ, ҳучраҳои баъдиҷарроҳӣ, табобати интенсивӣ, инчунин ҳучраҳо барои беморони сӯхтаи пӯст, беморони БПНМ ва дигар ба инҳо монанд бояд бо таҷҳизоти ҳавобезараркунанда коркард шаванд, ки самаранокии инактиватсияи микроорганизмҳо ва вирусҳо дар ҳавои коркардшаванда на камтар аз 95% (филтрҳои самаранокии баланд) таъмин менамояд.

6.9. Ҳучраҳои чарроҳӣ, ҳучраҳо табобати интенсивӣ, эҳёгарӣ, зоишгоҳ, амалиётхона ва дигар ҳучраҳо, ки баромади моддаҳои зарароварро ба ҳаво ҳамроҳи менамояд бояд бо ҳавокаш ва ё ҷевонҳои ҳавокаш таҷҳизонида шаванд.

6.10. Таркиби маводҳои дорӯ дар ҳавои толори чарроҳи, ҳучраҳои таваллудкунӣ, табобати интенсивӣ, эҳёгарӣ, амалиётхона, бандубастӣ ва дигар ба ин монанд набояд аз концентратсияи ҳудуди иҷозатдодашуда, ки дар замимаи 6 оварда шудааст, зиёд бошад.

6.10.1. Сатҳи ифлосшавии бактериологии муҳити ҳавои ҳучраҳо вобаста ба таъиноти функционалишон ва синфи тозагӣ, набояд аз сатҳи иҷозатдодашудаи замимаи 7 зиёд бошад.

6.11. Кондитсионии ҳаворо бояд дар толори чарроҳи, беҳискунӣ, зоишгоҳ, ҳучраҳо баъди чарроҳӣ, палатаи табобати интенсивӣ, онкогематологӣ, беморони БНМО, беморон бо сӯхтагии пӯст, эҳёгарӣ, инчунин ҳучраҳо барои кӯдакони навзодон, синамак, норасид, кӯдакони осебдида ва дигар ба ин монанд таъмин намуд.

Дар ҳучраҳое, ки ба пуррагӣ бо кювез монда мешавад, кондитсионии ҳаво пешбинӣ намешавад.

6.12. Ҳавокашҳои системаи даромади вентелятсия баъди полишҳои самаранокии баланд аз пулоди занг назананда пешбинӣ мешавад.

6.13. Истифодаи сплит-систем иҷозат дода мешавад, ҳангоми доштани полишҳои самаранокии баланд, танҳо ҳангоми риояи қоидаи регламенти корӣ. Сплит-система, ки дар муассиса насб мешавад, бояд ҳулосаи санитарияу эпидемиология бо тартиби муқараршуда додашудаи мусбӣ дошта бошад.

6.14. Карати ҳавоивазкуниро аз ҳисоби таъмини тозагии ифодаёфта ва доштани таркиби гази ҳаво интиҳоб менамоянд. Намии нисбии ҳаво бояд на зиёда аз 60%, суръати ҳаракати ҳаво – на зиёда аз 0,15 м/сек.

6.15. Ҳавобарандаҳо, ҳаводихандаҳо ва панҷараҳои ҳавоқабулкунакҳо, венткамераҳо, венттаҷҳизотҳо ва дигар таҷҳизотҳо бояд тоза нигоҳ дошта

шаванд, набояд нуқсони механикӣ, пайи зангхурӣ, нуқси герметикӣ, дошта бошанд.

6.16. Вентиляторҳо ва муҳаррикҳои барқӣ, набояд садои бегона дошта бошанд.

6.17. Ивазкунии полишҳо бояд бо мурурри ифлосшавии онҳо ба анҷом расад, вале на зиёдтар аз тавсияи корхонаи истеҳсолкунанда.

6.18. Системаи умумии даромаду-кашанда ва кашандаи маҳалӣ бояд 5 дақиқа пеш аз оғози кор ва 5 дақиқа пас аз анҷоми кор (ба истисноии шӯъбахое, ки кӯмаки бетаъхирро талаб мекунанд, таҷҳизот бояд шабонарӯзӣ кор намояд) ба кор дароварда шавад.

6.19. Дар толори чаррохи ва пеш аз толори чаррохи сараввал системаи вентелятсионии даромад ва баъд кашанда ва ё дар як вақт даромаду кашандаро ба кор медароранд.

6.20. Дар ҳамаи ҳучраҳо ҳаво ба минтақаи болои ҳучра дода мешавад. Дар ҳучраҳои тамъизгардонидашуда ҳаво ба таври ламинарӣ ва ё чараёнӣ (суръати ҳаво $\leq 0,15$ м/сек) дода мешавад.

6.21. Ҳавогузарҳои вентелятсияи даромаду-кашанда (кондисионӣ) бояд сатҳи дарун дошта бошанд, ки баровардани қисмҳои маводи ҳавогузарро ва ё рӯйкаши муҳофизатиро ба ҳучраҳо надароранд. Рӯйкаши даруна бояд носорбирӣ (несорбированный) бошад.

6.22. Барои ҷойгиркунии системаи вентелятсионӣ бояд ҳучраи махсус ҷудо гардад, ҷудогона барои системаи даромаду кашанда ва бо якдигар на горизонталӣ ва на вертикалӣ норасанда ба ҳучраи табибон, толори чаррохи, ҳучраҳо ва дигар ҳучраҳои доим бошандаи одамон бошад.

6.23. Дар ҳучра барои системаи кашанда вентелятсияи кашанда бо ҳавоивазкунии яккарата дар 1 соат, барои системаи даромад –вентелятсияи даромад бо ҳавоивазкунии дукарата, бояд пешбинӣ шавад.

6.24. Ҳучраи таҷҳизотҳои вентелятсионӣ бояд танҳо аз рӯи таъинот истифода бурда мешаванд.

6.25. Дар ҳучрахое, ки талаботи шароити асептикӣ доранд, ҳавокашҳо, кубуру арматураҳо ноаён, пешбинӣ мешаванд. Дар боқимонда ҳучраҳо, ҷойгиркунии ҳавогузарҳо дар қуттиҳои маҳкам мумкин аст.

6.26. Вентелятсияи табиӣ кашанда барои бинои ҷудоистодаи баландиашон на зиёда аз 3 қабат (дар шӯъбаи қабул, биноҳо, ҳучраҳо, шӯъбаҳои табобатӣ бо об, биноҳои сироятӣ ва шӯъбаҳо) иҷозат дода мешавад. Ҳамзамон, вентелятсияи даромад бо анғезаи механикӣ ва додани ҳаво ба роҳрав, пешбинӣ мешавад.

6.27. Вентелятсияи кашанда бо анғезаи механикӣ бе таҷҳизоти даромади якҷоя пешбинӣ мешавад аз ҳучраҳо ба: биноҳои (ҳучраи) автоклав, шӯстушӯйхона, душхона, ҳоҷатхона, ҳучраи санитарӣ, ҳучра барои ҷойпӯшҳои ифлос, муваққатан нигоҳдории партовҳо ва анбор барои нигоҳдории маводҳои безараргардонӣ.

6.28. Ҳавоивазкунӣ дар ҳучраҳо ва шӯъбаҳо бояд тавре ташкил карда шавад, ки ба таври максималӣ якҷояшавии пешгирӣ карда шавад, ҳавои байни шӯъбаи ҳучрадор, байни ҳучраҳо, байни қабатҳои якҷоя.

6.29. Миқдори ҳавои даромад ба ҳучраҳо бояд 80 м³/соат ба 1 беморро ташкил диҳад.

6.30. Барои муҳаё намудани речаи чудоғонаи ҳаво дар ҳучраҳо онҳоро бо шлюзҳо, ки бо санузелҳо даромад доранд ва бо бартариҳои кашидани ҳаво дар охири, лоиҳакашӣ намудан лозим аст.

6.31. Ҳангоми даромад ба шӯъба бояд шлюз бо вентелятсияи кашанда бо роҳи чудоғона (аз ҳар шлюз) таҷҳизонида шуда бошад.

6.32. Барои аз байн бурдани эҳтимолияти дохил шудани ҳавои «ифлос» аз толлорҳои зина ва лифт ба ҳучраҳо, бомақсад аст, дар байни онҳо минтақои гузаришӣ бо таъмини он бо танбаи ҳаво, дар назар гирифт.

6.33. Қарорҳои меъмурию лоиҳакашӣ ва системаи ҳавоивазкунии шӯъба бояд гардиши сироятро аз шӯъбаи ҳучрадор ва дигар ҳучраҳо дар блоки ҷарроҳӣ ва дигар ҳучраҳо, ки тозагии ниҳояти ҳаворо талаб мекунанд, аз байн барад.

6.34. Барои аз байн бурдани эҳтимолияти воридшавии бӯҳрони ҳаво аз шӯъбаҳои ҳучрадор, толори зина ва лифтҳо ва дигар ҳучраҳо дар блоки ҷарроҳӣ, шлюз бо танбаи ҳаво байни ҳучраҳои номбаршуда ва блоки ҷарроҳӣ зарур аст.

6.35. Гардиши ҷараёни ҳаво бояд аз ҷарроҳихона ба ҳучраҳои ҳамшафат (пеш аз ҷарроҳӣ, беҳискуни ва ғ.) ва аз ин ҳучраҳо ба роҳрав, таъмин шавад. Дар роҳрав вентелятсияи ҳавокаш зарур аст.

6.36. Миқдори ҳавои дуршаванда аз минтақои поёни ҷарроҳихона 60%, ва аз минтақои болои - 40% бояд ташкил кунад. Даромади ҳавои тоза аз минтақои боло, ҳамзамон даромад бояд аз баромад зиёд дода мешавад.

6.37. Зарур аст дар назар дошт, системаи вентелятсионӣ ва кондиционии алоҳида барои толори ҷарроҳи, блокҳои зоишӣ, эҳғарӣ, онкогематологӣ, шӯъбаи сӯхтагӣ, бандубастӣ, ҳучраҳои алоҳидаи сексиягӣ, рентген ва дигар ҳучраҳои махсус.

6.38. Назорати профилактикӣ ва таъмири системаи вентелятсионӣ ва кондиционерии ҳаво, ҳавогузарҳо бояд мувофиқи чадвали тасдиқшуда, на зиёда аз 2 маротиба дар як сол гузаронида шавад. Бартараф намудани норасоии ҷорӣ бояд таъчилан бартараф карда шаванд.

6.39. Маъмурияти муассисаи табобатӣ назоратро аз болои параметрҳои микроклим ва ифлосшавии муҳити ҳаворо аз моддаҳои химиявӣ, корӣ системаи вентелятсионӣ ва карати ҳавоивазшавиро дар ҳучраҳои зерин ташкил менамояд:

- дар ҳучраҳои функционалии толори ҷарроҳи, баъди ҷарроҳӣ, зоишгоҳ, ҳучраҳои табобати интензивӣ, онкогематологӣ, шӯъбаи сӯхтагӣ, ҳучраи нигоҳдории маводҳои саҳтгаъсиркунанда ва захрнок, анборҳои дорухонаҳо, ҳучра барои тайёр намудани дору, озмоишгоҳҳо, шӯъбаи терапевтии стоматологӣ, ҳучраҳои махсуси шӯъбаҳои радиологӣ ва дигар ҳучраҳо, дар ҳучраҳо, ки истифодаи маводҳои химиявӣ ва дигар бастагӣҳо, ки метавонанд таъсири зараровар ба саломатии инсон расонанд - 1 маротиба дар 3 моҳ;

- дар шӯъбаҳои сироятӣ, ташхисгоҳҳои бактериологӣ, вирусӣ, ҳучраи рентгенӣ - 1 маротиба дар 6 моҳ;

- дар дигар хучраҳо - 1 маротиба дар 12 моҳ.

6.40. Барои безарар намудани ҳаво ва сатҳи хучраҳои муассисаҳои тиббӣ дар шӯъбаҳои пайвандсозӣ (трансплантатсия), онкогематологӣ ва дигар шӯъбаҳои махсусгардонидашуда, бояд афканишоии бактерисидии ултрабунафш бо истифодаи шуофишонҳои бактериосидӣ, ки истифодаи онҳо иҷозат дода шудааст, пешбинӣ карда шавад.

6.40.1. Усулҳои истифодаи шӯопошӣ бактерисидии ултрабунафш, қоидаи истифодабарӣ ва беҳатарии таҷҳизот бояд мувофиқи талаботҳои гигиенӣ ва дастурамал оид ба истифодаи нурҳои ултрабунафш сурат гирад.

VII. Талаботҳои гигиени ба равшаннокии табиӣ ва сунъӣ

7.1. Хучраҳои муассисаҳои тиббӣ, бояд рӯшноии табиӣ дошта бошанд. Рӯшноӣ бо равшанидиҳандаи дуюм ва ё танҳо рӯшноии табиӣ иҷозат дода мешавад барои хучраҳои анбор, ҳочатхонаҳои дохилихучрагӣ, ваннаҳои гигиенӣ, ҷои ҳукнакунӣ (клизменная), хучраҳои гигиенаи шахсӣ, оббозӣ ва ҷои либоскашии кормандон, хучраи термостатҳо, боксҳои микробиологӣ, пеш азтолори чарроҳи ва толори чарроҳи, ҷои таҷҳизотҳо, беҳискунӣ, фотолаборатория ва дигар хучраҳо, ки технология ва қоидаи истифодабарии онҳо равшаннокии табииро талаб намекунанд.

7.1.1. Ҳангоми лоиҳакашӣ, сохтмон, таҷдид ва дар муассисаҳои тиббии фаъолиятдошта сатҳи равшаннокии табиӣ ва сунъӣ бояд ба қоида ва меъёрҳои санитарӣ барои биноҳои чамъиятӣ мувофиқат намояд (Замимаи 8).

7.2. Роҳравҳои сексияҳои шӯъбаҳо бояд равшаниии табиӣ дошта бошанд, ки тариқи тирезаҳои ё ки деворҳои бино ва равшаниии чуқурии толорҳо медарояд. Масофаи байни чуқурчаҳои равшанидиҳанда набояд аз 24 м зиёд буда ва то чуқурча на зиёда аз 36 м. Роҳравҳои зерсохторҳои табобатию ташхисӣ ва ёрирасон равшаннокии тарафӣ бояд дошта бошанд.

7.3. Дарознокии нурафшонии офтоб бояд бо назардошти талаботҳои қоида ва меъёрҳои гигиенӣ барои нурафшонии (инсолятсия) биноҳои истиқоматӣ ва чамъиятӣ ва минтақа қабул карда мешавад.

7.4. Барои муҳофизат аз нурҳои офтоб ва гармшавӣ дар муассисаҳои тиббӣ, тирезаҳое, ки ба тарафи румби горизонтали ҷануб шинонда шудаанд бо маводи аз офтоб муҳофизатӣ (пешайвон, пардаҳо ва ғ.) таҷҳизонида мешаванд.

7.5. Равшаннокии табиӣ (умумӣ ва маконӣ), манбаи рӯшноӣ, намуди лампа дар асоси қоида ва меъёрҳои амалкунанда интихоб карда мешаванд.

7.6. Чароғҳои умумии равшанидиҳандаи хучраҳо, ки дар шифт насб мекунанд, бояд бо пахшкунандаи (маҳкама) яклухт пӯшононида шаванд.

7.7. Барои равшаннокии хучраҳо (ба ғайр аз шӯъбаҳои кӯдакона ва рӯҳи) бояд аз чароғҳои якҷояи деворӣ (равшаннокии умумӣ ва маконӣ), ки барои ҳар як кат дар баландии 1,7 м аз сатҳи фарш, истифода бурд.

7.8. Дар ҳар хучраҳо, ба ғайр аз ин бояд чароғи махсуси шабонагӣ дар назди дар, дар баландии 0,3 м аз фарш (дар шӯъбаҳои кӯдакона ва рӯҳи

чароғҳои шабонарӯзии дар болодарӣ дар баландии 2,2 м аз фарш) гузошта мешаванд.

7.9. Дар ҳуҷраҳои муоинаи табибон бояд чароғҳои деворӣ ва ё чароғҳои сафарӣ (переносные) барои муоинаи беморон гузошта шуда бошад.

VIII. Талабот ба инвентар ва таҷҳизотҳои технологӣ

8.1. Дар ҳуҷраҳо катҳои беморхонагӣ бояд чиддӣ мувофиқи қоидаҳои гигиенӣ гузошта шаванд, ва на зиёда аз 4 кат. Катҳоро дар ҳуҷраҳо бо девору тирезаҳо параллел ҷойгир мекунанд. Масофаи байни кат то девору тиреза бояд на камтар аз 0,9 м бошад. Масофаи байни ёни катҳо дар ҳуҷраҳои чор кат дошта, инчунин байни кат ва девор дар ҳуҷраҳои 2 -3 – катдошта бояд на камтар аз 1,2 м бошад.

Масофаи байни тарафҳои кат бояд на камтар аз 0,8 м, ва дар ҳуҷраҳои кӯдакона ва палатаҳои табобати барқарорсозӣ на камтар аз 1,2 м бошад.

8.1.1. Дар ҳуҷраҳо бояд тумбочка ва курсӣ мувофиқи катҳо гузошта шавад.

8.2. Ҳар як шӯба бояд бо асбобҳои хурди механизатсионӣ (аробача, курси-аробача, равонак барои интиқоли доруворӣ, ҷойпӯшҳо, партовҳо ва ғ.) ба миқдори зарурӣ вобаста аз катҳои ҷойдошта ва самти фаъолияти шӯба, дошта бошад.

8.3. Анбор барои нигоҳдории ҷойпӯш дар шӯбаҳо бо полкаҳои рӯйпуши гигиенидор, ки барои коркарди намдор ва безараргардонӣ қулай аст таҷҳизонида мешавад. Ҷои ҷойпӯшҳои умумӣ бо стелажҳо инчунин миз барои ба навъҳо ҷудо намудани ҷойпӯшҳо ва ҳангоми зарурат люк барои қабули ҷойпӯш бо пандус ва ё механизми борбардор таҷҳизонида мешавад.

IX. Талаботи гигиенӣ ба шароити меҳнати кормандони тиббӣ

9.1. Дар ҳуҷраҳои асосӣ, истехсолӣ ва дар ҷои кории кормандони тиббӣ ва дигар кормандон қоидаҳои гигиенӣ бояд таъмин бошанд: ченакҳои микроиклимӣ ва ҳавои муҳит (ҳарорат, намӣ, суръати гардиши ҳаво, таркиби химикӣ ва бактериологӣ) ва дигар.

9.2. Ҷобачогузори таҷҳизотҳои тиббӣ ва техникӣ, истифодаи онҳо бояд мувофиқи қоидаҳои муҳофизати меҳнат ва имконияти коркарди онҳо ба роҳ монда шавад.

9.3. Дар толори чарроҳи, блокҳои чарроҳӣ истифодаи таҷҳизотҳои беҳискунӣ ва дигар таҷҳизотҳо мумкин нест, агар таҷҳизот оид ба дур ва ё маҳв кардани ҳаво ва буғҳое, ки ба ҳавои муҳити корӣ дохил мешаванд, инчунин маводҳо барои беҳискунии ингалятсионӣ бо ёрии шлангҳои дуркунанда (ҳавокаш) ва ё полишҳои маҳвкунанда бо ангишти фаъол надошта бошанд.

9.4. Истифодаи таҷҳизотҳои беҳискунӣ ва нафаскашӣ бо камбудии герметизатсияи системаи додани газ роҳ дода намешавад.

9.4.1. Дар амалиётхона, ҳучраҳои азрозоли-ингалатсионӣ, бандубастӣ ва шӯъбаи тамъизгардонӣ бояд ҷевонҳои ҳавокаш барои иҷрои амалиётҳое, ки бо истифодаи дорувории фаъолнокишон зиёд аст, бо доштани дастшӯяк ва баромад ба коррезӣ, пешбинӣ шуда бошад.

9.5. Ҳучраҳои санитарӣ маишӣ барои кормандони муассисаҳои тиббӣ бояд барои риояи талаботҳо бо чунин таҷҳизотҳо мучаҳҳаз бошанд:

а) миқдори ҷевонҳо дар ҷои либоскашӣ баробар ба 100% рӯйхати кормандон бошад;

б) масоҳати ҷои либоскашии либосҳои беруна бояд аз ҳисоби на камтар аз 0,008 м² барои 1 либосовезак (чангак) бошад;

в) масоҳати ҷои либоскашӣ барои либосҳои хонагӣ ва кории кормандон аз ҳисоби на камтар аз 0,4 м² барои ҳар як ҷевон. Ҷои либоскашӣ бояд бо ҷевони дутарафаи ҳавокашанда барои ҳамаи кормандон, ки нигоҳдории ҷудогонаи либосҳо, пойафзол ва кӯлохро барои анҷомҳои шахсӣ (хонагӣ) ва корӣ (санитарӣ) таъмин менамояд, ҷиҳозонида бошад;

г) миқдори кабинаҳои оббозӣ ва лавозимоти санитарӣ барои кормандон бояд аз рӯи банди 3.26 ҳамин маҷмӯа бошад;

д) барои кормандон, бояд ҳучра барои гигиенаи шахсӣ, ки дорои кабинаҳои амалиётгузаронӣ бо души гигиенӣ ва шлангҳои мулоим ва аралашкунакҳои оби гарму хунук таҷҳизонида бошад. Масоҳати кабинаи амалиётгузаронӣ бояд на камтар аз 1,8 x 1,2 м бошад.

9.6. Барои таъмини кормандон бо гарм дар муассисаи тиббӣ бояд ошхона ва ё буфет (вобаста аз шумораи кормандон) пешбинӣ карда шавад. Миқдори курсҳои нишаст дар ошхона ва ё буфет аз рӯи ҳисоби 10-12 ҷой барои 100 корманд бояд пешбинӣ намуд.

9.6.1. Таркиб ва масоҳати ҳучраи ошхона ва буфет дар асоси қоида ва меъёрҳои амалкунандаи сохтмонӣ барои лоиҳакашии муассисаҳои хӯроки ҷамъиятӣ пешбинӣ карда мешавад.

9.7. Дар ҳар зерсохторҳои соҳа бояд ҳучра барои кормандон, бо масоҳати на камтар аз 12 м² бо таҷҳизотҳои яхдон, обҷушонаки барқӣ, мавод барои гарм намудани хӯрок ва дастшӯяк, пешбинӣ карда мешавад.

9.8. Маъмурияти муассисаи тандурустӣ чораҳои комплекси барои беҳтар намудани шароити меҳнат дар асоси қонунгузориҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон меандешад.

9.9. Кормандони муассисаи тиббӣ бояд аз азназаргузарони тиббӣ, ҳангоми ба кор қабул шудан ва муоинаи тиббии давравӣ ва аз эмгузарони пешгирикунанда дар асоси қонунҳои амалкунандаи Ҷумҳурии Тоҷикистон гузаранд.

9.10. Талабот ба шароити меҳнати кормандони зерсохторҳои махсусгардонидашудаи алоҳида ва ҳучраҳо бо қоидаҳои махсус оид ба таркиб ва истифодабарии зерсохтор ва ҳучраи нишондодашуда, муайян карда мешавад.

Х. Нигоҳдории санитарии хучраҳо, таҷҳизот, инвентарҳо

10.1. Ҳамаи хучраҳо, таҷҳизот, инвентарҳои тиббӣ ва дигар бояд дар ҳолати тоза нигоҳ дошта шаванд. Рӯбучини намноки хучраҳо (фарш, ҷихоз, таҷҳизот, пештирезаҳо, дарҳо) бояд, бояд аз руи ифлосшавии онҳо, бо истифода аз маводҳои шуянда ва безараркунанда аз рӯи тартиби муқараршуда гузаронида шаванд.

10.1.1. Шӯстани тирезаҳо дар минтақаҳои ҷарроҳӣ ва амалиётӣ - дар шӯъбаҳои эҳёгарӣ, ҷарроҳи, бастубандӣ, толори таваллудӣ бояд ҳаррӯз гузаронида шаванд.

10.1.2. Асбобҳои рӯбучинӣ (сатил, тағора, ҷутка, фаршшӯй ва ғ.) навиштаҷоти ҷои истифода дошта бошанд ва қатъиян аз рӯи таъинот истифода бурда мешаванд ва дар хучраи ҷудогардида (дар минтақаи кори) тоза ва хушк нигоҳ дошта мешаванд.

10.2. Рӯбучини генералии хучраҳои шӯъбаи эҳёгарӣ, ҷарроҳихона, бастубандӣ, амалиётхона, зоишхона бояд ҳар як 24 соат гузаронида шаванд.

10.3. Дар хучраҳои асосии муассисаи тиббӣ бояд ҳар сол таъмири косметикӣ гузаронида шаванд. Бартарафсозии камбудихҳои ҷорӣ (бартарафсозии ҷакидаҳои шифт ва девор, пайҳои намӣ, мағор, маҳкамкунии шикофҳо, тарқишҳо, барқарорсозии плитчаҳои кандашуда, камбудихҳои кашадаҳои фарш ва ғ.) бояд бетаъхир бартараф карда шаванд.

10.4. Дар давраи таъмири ҷорӣ ва капиталӣ фаъолияти хучраҳо бояд манъ карда шаванд.

10.5. Дар муассисаҳои тиббӣ набояд буғумпойҳои синантропӣ, каламӯш ва хояндаҳои мӯшмонанд бошад. Гузаронидани коркарди пешгирикунандаи (дезинфексия, дезинсексия, дератизатсия) хучраҳо ба муқобили буғумпойҳои синантропӣ, каламӯш ва хояндаҳои мӯшмонанд бояд аз тарафи ташкилотҳое, ки ба чунин корҳо аккредитатсия шудаанд гузаронида шаванд.

10.6. Маводҳои тиббӣ барои истифодаи яккарата, мувофиқи тартиби ҷоришуда нобуд карда мешаванд.

10.7. Маводҳои тиббӣ барои истифодаи якчандкарата, ки ҳангоми истифода метавонанд ба пӯст, пардаҳои луобӣ зарар расонанд, ва ё ба сатҳи яра расанд, бо хун ва ё бо маводҳои таъриқӣ алоқаманд шаванд, безараркунӣ, шустан, таъмири техники, хушконида, печонидан, таъмизкунӣ ва нигоҳдориро талаб мекунанд.

10.8. Безаргардони, тозакунии пеш аз стерилизатсия, таъмири техники, хушконида, печонидан, стерилизатсия ва нигоҳдори мувофиқи талаботҳои қоида ва меъёрҳои амалишавандаи Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон гузаронида мешаванд.

10.8.1. Тозакунӣ, шустан, таъмири техники, хушконида, печонидани пеш аз таъмизкунӣ ва таъмизкунии маводҳои таъиноти тиббӣ ҳатман дар шӯъбаи стерилизатсионии марказии муассисаи тиббии сатҳи дуюм, сеюми кӯмаки тиббӣ ва дар сатҳи аввалия дар хучраҳои ҷудошуда гузаронида мешаванд.

10.9. Ивази ҷойпӯшҳои беморон дар ҳолати ифлосшавӣ, мунтазам, вале на зиёда аз 1 маротиба дар 5 рӯз гузаронида мешавад. Ҷойпӯшҳои бо тарашшӯх ифлосшуда фавран иваз карда мешаванд. Тағпӯш, ҷойпӯш ва сачоқ (тоза дарзмолшуда ва ё нав) аз хона овардашуда иҷозат дода мешавад.

10.10. Ҷамъовариҳои ҷойпӯшҳои ифлос аз беморон дар шӯъбаҳо бояд дар тараҳои махсус (халтаҳои кленкагӣ ва полиэтиленӣ, аробачаҳои махсуси мутобиқкардаи ҷойпӯшӣ ва ё дигар ба чунин монанд) амалӣ шуда ва ба ҷомашӯйхонаи марказӣ фиристода шавад.

10.10.1. Дар шӯъбаҳо ҷудокунӣ ва шӯстани ҷойпӯшҳои ифлос манъ аст.

10.10.2. Контейнерҳо бо ҷойпӯшҳои ифлос барои ҷомашӯйхонаро метавон дар ҳуҷраи ёрирасони хушк ва тоза то оғози кори ҷомашӯйхона нигоҳ дошт. Барои ин, контейнерро тамға гузошта дар он вақт ва саннаи ҷамъоварию менависанд.

10.10.3. Барои кор бо ҷойпӯшҳои ифлос кормандон бояд бо маводҳои муҳофизатии фардӣ таъмин бошанд.

10.11. Шустушӯи ҷойпӯшҳои беморхонаҳо бояд дар ҷомашӯйхонаҳои махсус ва ё ҷомашӯйхонаи назди муассисаи тиббӣ амалӣ шавад. Речаи шустушӯи ҷойпӯшҳо бояд ба меъёрҳои гигиенӣ мувофиқат намояд.

10.11.1. Ҷараёни ҷомашӯи – ба навҳо ҷудокунӣ танҳо дар ҷомашӯйхона бо истифодаи либосҳои муҳофизати фардӣ.

10.11.2. Шӯстан бо оби гарми ҳарораташ аз 70 дараҷа баланд, ҳангоми хушк кардан истифода намудани хушккунаки гарм ва ё дар офтоб, агар шароит набошад истифодаи дарзмолкунӣ;

10.11.3. Нигоҳ доштани ҷойпӯшҳо дар минтақаи тоза дар стелажҳо ва ё ҷевонҳо.

10.12. Расонидани ҷойпӯшҳои тоза аз ҷомашӯйхона ва ҷойпӯшҳои ифлос ба ҷомашӯйхона бояд борпечшуда (дар контейнерҳо) дар нақлиёти махсус, агар ҷомашӯйхона берун аз муассиса бошад дастрас мегардад.

10.12.1. Кашонидани ҷойпӯшҳои тоза ва ифлос дар як тара роҳ дода намешавад. Шустани тараи матоъгин (халта) барои интиқолгардони бояд якҷоя бо ҷойпӯшҳо гузаронида шавад.

10.13. Протсессҳои ба интиқол, боркунӣ, фаровардани ҷойпӯшҳо бояд ба таври максималӣ механизмӣ иҷро шаванд.

10.14. Баъди ҷавоб (фавт) шудани бемор, инчунин бо андозаи ифлосшавии матрасҳо, болиштҳо, рӯйпӯшҳо бояд аз дезинфексияи камераи гузаронида шаванд. Барои ин, дар муассиса бояд фонди басандаи ҷойпӯш мавҷуд бошад.

10.15. Ҷамъоварӣ, нигоҳдории муваққатӣ ва нобуд сохтани партовҳои синфҳои гуногун дар муассисаҳои тиббӣ дар асоси «Қоидаҳои ҷамъоварӣ, нигоҳдорӣ ва нобудсозии партовҳои муассисаҳои табобатӣю профилактикӣ».

10.16. Урнаҳо, барои ҷамъоварию партовҳо, ки дар даромадгоҳи бино, дар ҷойҳои истироҳат ва дар ҳудуд (баъди ҳар 50 м), монда шудаанд, бояд ҳар рӯз тоза карда шуда ва дар ҳолати тоза нигоҳ дошта шаванд.

10.17. Контейнерҳо барои чамъоварии партовҳои саҳти маишӣ бояд бо сарпӯш таъмин бошанд, мунтазам баъди ҳар як тозакунии тоза ва безарар, хушк карда шаванд, иҷозат дода мешавад дар контейнерҳо (сатилҳо, бакҳо) истифодаи халтаҳои полиэтиленӣ барои чамъоварии партовҳо.

XI. Талабот ба қоидаҳои гигиенаи шахсии беморон, кормандон ва ҳайати хизматрасони муассисаҳои тиббӣ

11.1. Ҳангоми ба муассисаи тиббӣ дохил шудани бемор ба вай бо хоҳишаш маҷмӯи тағхоба, тағпӯш, пижама ва шиппаки (тапочка) тоза медиҳанд. Либос ва пойафзоли шахсии бемор барои нигоҳдорӣ дар халтаи махсус бо либосовезонак (халтаҳои полиэтиленӣ, рӯйпӯш аз матои саҳт ва ғ.) ва ё ба волидони (ошно) бемор дода мешавад. Будубоши бемор бо либосҳои хонагии тоза иҷозат дода мешавад.

11.2. Дар шӯъба ба бемор ҳангоми зарурият пиёла (стакан, коса, кружка) ҷудо менамоянд, ҳангоми зарурат – обхӯрак, туфдон, тубак (судно), инчунин гирифтани асбобҳо барои гигиенаи шахсӣ иҷозат дода мешавад.

11.3. Коркарди гигиении бемор ҳар рӯз гузаронида мешавад. Нигоҳубини гигиенӣ ба беморони вазнин (рӯй шустан, молиши пӯсти рӯй, узвҳо, чайқондани даҳон ва ғ.) сахарӣ гузаронида мешавад, инчунин баъди истеъмоли таом ва ифлосшавии бадан. Муйсаргирӣ ва тарошидани риш бояд мунтазам ташкил карда шавад.

11.4. Кормандони тиббии муассисаҳои табобатӣ бояд бо маҷмӯи либосҳои ивазшаванда: хилъат, кулоҳ ва ё рӯймолча, ниқоб, пойафзол (тапочка) ба миқдоре, ки ивази ҳаррӯзаро таъмин намояд, таъмин бошанд. Нигоҳдории онҳо дар ҷевонҳои алоҳида мебошад. Ҳама вақт барои ҳолатҳои таъҷилий бояд маҷмӯи либосҳо барои иваз намудан дар ҳолати ифлосшавии онҳо бошад. Либосҳои болои дар либоснигоҳдорӣ барои кормандон нигоҳ дошта мешавад.

11.4.1. Шустани либосҳо бояд мутамарказ бошад ва тағпӯши беморон дар алоҳида бошад.

11.5. Ивази либосҳои кормандони тиббӣ дар муассисаҳои ҷарроҳӣ ва акушерӣ ҳар рӯз ва бо ифлосшавӣ ба амал меояд. Дар муассисаҳои соҳаи бемориҳои дарунӣ – 2 маротиба дар ҳафта ва бо мурури ифлосшавӣ. Пойафзолҳои ивазшавандаи толори ҷарроҳи, таваллудхонаҳо, эҳёгарӣ, бастубандӣ, амалиётхона ва шӯъбаи навзодон бояд аз матоъ набошанд, маҳкам ва барои безараркунии куллай ва аз пошхӯрӣ ва осеббинӣ муҳофизат шаванда бошанд.

11.6. Кормандони ғайритиббӣ (аз чумла, кормандони муваққатӣ), ки корхоро дар муассисаи тиббӣ мегузаронанд, бояд либос ва пойафзоли ивазшаванда дошта бошанд.

Либос ва пойафзоли ивазшаванда бояд барои кормандони тиббии дигар зерсохторҳо, ки маслиҳат ва дигар намуди кӯмак мерасонанд пешбинӣ шуда бошад.

11.6.1. Бо либос ва пойафзоли тиббӣ берун аз муассисаи табобатӣ ва ё таваллудхона будан мумкин нест.

11.6.2. Донишчуён, ки дар толори чаррохи, таваллудхона, шӯъбаҳои сироятӣ, силӣ, пӯсту зуҳравӣ дарс мехонанд, бояд бо либосҳои ивазшавандаи муассисаи тиббӣ таъмин бошанд ва дар дигар шӯъбаҳо бо хилъат, кӯлоҳ ва пойафзоли ивазкардаи худ ворид бояд шаванд.

11.7. Дар муассисаҳои тиббӣ бояд сиёсати ягонаи дастони тоза мувофиқи фармоиши Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон қорӣ шавад.

11.8. Дар муассисаҳои тиббӣ бояд дастурамали методӣ барои бехатарии доругузaronӣ ва амалиётҳои вобаста ба доругузaronӣ риоя карда шавад.

ХII. Талаботҳои гигиени ба ташкили хӯроки беморон дар муассисаҳои тиббӣ

12.1. Таркиб ва мавҷудияти ҳуҷраи ошхона, таҷҳизот, инвентар, зарфҳо, шароити интиқол ва нигоҳдории маводҳои хӯрокаи бояд ба талаботҳои санитарӣ оиди ташкили хӯрокаи ҷамъиятӣ ҷавобгӯ бошад.

12.1.1. Истифодабарии ошхонаҳои муассисаҳои тиббӣ. Ҳангоми доштани ҳулосаи санитарӣ эпидемиологӣ иҷозат дода мешавад.

12.2. Ошхонаҳои муассисаҳои тиббӣ бояд сеҳои истеҳсолии заруриро дошта бошанд, ки риояи талаботҳои гигиениро ҳангоми просесҳои технологияи тайёр намудани хӯрок таъмин намоянд.

12.3. Пайдарпайии просеси технологияи тайёр намудани хӯрок, аз ҷумла бо истифодаи таҷҳизот, бояд ба созиши маҳсулоти хом ва маҳсулоти тайёр барои истеъмол роҳ надихад.

12.4. Маҳсулотҳои хӯрокаи, ки ба ошхона ворид мешаванд, бояд ба талаботи гигиенӣ барои маҳсулотҳои хом ва маҳсулотҳои хӯрокаи ҷавобгӯ бошанд ва дорои ҳуҷҷати роҳхат, сертификати сифат ва бехатарӣ бо нишондоди саннаи истеҳсол, мӯҳлат ва шароити нигоҳдории маҳсулот бошанд. Ҳуҷҷатҳои маҳсулотҳоро то ба охир расидани мӯҳлати истеъмол бояд нигоҳ дошт. Барои назорати сифати маҳсулотҳои воридотӣ ва мӯҳлати истифодабарии (нигоҳдорӣ) онҳо баҳодихии органолептикӣ гузаронида мешавад ва дар журнали бракеражи маҳсулотҳо қайд гузошта мешавад.

12.5. Ба нигоҳдории маҳсулотҳои тезвайроншаванда бе яхдон роҳ дода намешавад.

12.5.1. Дар камераҳои яхдонҳо бояд ҳамсоғии маҳсулотҳо ҷиддӣ риоя шавад. 12.5.2. Маҳсулотҳои хом ва тайёр бояд дар яхдонҳои алоҳида нигоҳдорӣ шаванд. Дар муассисаҳои начандон калон, ки як яхдондоранд, инчунин, дар камераи захираи якрӯзаи маҳсулот, мумкин аст нигоҳдории кӯтоҳмуддат бо риояи шароити «ҳамсоғии маҳсулотҳо» (дар полкаҳои алоҳида, стелажҳо).

12.5.3. Шароит ва мӯҳлати нигоҳдории маҳсулотҳо бояд ба талаботҳои санитарӣ ҷавобгӯ бошанд.

12.6. Бо мақсади пешгирии пайдоиши бемориҳои сироятӣ ва захролудшавӣ дар байни мизочони муассисаҳои табобатӣ:

12.6.1. иҷозат дода намешавад қабули:

- маҳсулоти хоми озукаворӣ ва хӯрока бе хуччати тасдиққунандаи сифат ва беҳатарӣ;
 - маҳсулоти хоми озукаворӣ ва хӯрока бо мӯҳлати гузаштаи истифодабарӣ, бо нишонаҳои вайроншавӣ ва ифлосшавӣ; маҳсулотҳои намкашида дар борпечи мулоим (орд, ярма, қанд ва дигар маҳсулотҳо);
 - ярма, орд, меваҳои хушк, маҳсулотҳои, ки дорои зараррасонҳои анборӣ инчунин, ифлосшуда бо омезтаҳои механикӣ;
 - сабзавот, меваҳо, буттамеваҳо бо мағор ва нишонаҳои пушиш;
 - гӯшт ва каллапочаи ҳайвонҳо бе тамға ва шаҳодатномаи духтури бойтор;
 - гӯшт ва тухми паррандагон;
 - паррандаи тоза нокарда;
 - ҳасибҳои хундор ва ливерӣ;
 - тухм бо пӯсти ифлос бо пайи "тек", "бой", инчунин тухм аз хоҷагиҳое, ки аз ҳисоби бемории салмонеллез осебпазиранд;
 - консерваҳо бо вайроншавии герметики зарфҳо, консерваҳои варамкардашуда, "хлопуши", зарфҳои зангхӯрда, қачшуда, бе тамға;
- 12.6.2. Истифода намешаванд:
- шири флагӣ, бочкагӣ, пастеризатсия ношуда, творогҳои флагӣ ва қаймоқи бе гарми коркардшуда (ночушонда), шири туршшудаи "самоқвас";
 - маҳсулотҳои консервашуда дар шароити хона;
- 12.6.3. Дар ошхонаҳои муассисаҳои тандурустӣ тайёр намеқунанд:
- массаҳои сирӣ, творог;
 - макарон бо фарши гӯшти ("по-флотски"), блинчикҳо бо гӯшт, студен, зельцы, окрошка, паштетҳо, фаршмаг аз селд, заливные блюда (гӯшти ва моҳигӣ);
 - тухмбирён-глазунӣ;
 - кремҳо, маҳсулоти қаннодии кремдор;
 - маҳсулот дар фритюр, паштетҳо.
- 12.7. Ҳангоми сохтани меню хӯрокҳо бояд принсипи асоси сохтани менюи парҳезӣ, инчунин, меъёри хӯрока барои як бемор дар доираи тартиб ба инобат гирифта шавад.
- 12.7.1. Хӯроки беморон бояд гуногун ва ба нишондоди таъаббат бо таркиби химиявӣ, арзиши хӯроқӣ, маҷмӯи маҳсулотҳо, рӯзи хӯрок мувофиқ бошад.
- 12.7.2. Ҳангоми таҳияи менюи нақшавӣ инчунин, дар рӯзҳои ивазкунии маҳсулотҳо ва таом бояд таркиби химиявӣ ва арзиши парҳезии хӯрок ҳисоб карда шавад.
- 12.8. Коркарди тухм, ки барои тайёр намудани таом пешбинӣ шудааст, мувофиқи талаботҳои ҷорӣ санитарӣ барои муассисаҳои хӯроқи ҷамъиятӣ гузаронида мешавад.
- 12.8.1. Нигоҳдории тухмҳои коркардношуда дар кассетаҳо, қуттиҳо дар сеҳҳо роҳ дода намешавад.
- 12.9. Шӯстани гарнири аз макарон ва биринҷ тайёршуда иҷозат дода намешавад.

12.10. Барои тайёр намудан ва нигоҳ доштани хӯроки тайёр бояд аз зарфҳои пӯлодии зангногир истифода бурд. Зарфҳои алюминиро танҳо барои тайёр намудан ва нигоҳдории кӯтоҳмуддат истифода мебаранд.

12.10.1. Барои тайёр намудан ва нигоҳдории таомҳо аз зарфҳои эмалдор истифода намеkunанд.

12.11. Хӯрокҳои тайёр танҳо баъди гирифтани намуна дода мешаванд.

12.11.1. Баҳодиҳии нишондодҳои органолептикӣ ва сифати таомҳоро комиссияи бракеражи муассисаи табобатӣ, ки аз тарафи маъмурияти муассиса таъин шудааст мегузаронад.

12.11.2. Ҳангоми риоя накардани технологияи пухтани таом, инчунин ҳангоми тайёр набудани таом ба тақсимкунӣ, то бартараф намудани норасоии кулинарӣ иҷозат дода намешавад.

12.11.3. Натиҷаи бракераж дар журнали бракеражи таомҳои тайёр бақайд гирифта мешавад. Барои комиссияи бракеражӣ бояд хилъатҳои алоҳида ҷудо шавад.

12.12. Бо мақсади назорати хушсифатӣ ва бехатарии хӯрокҳои тайёршуда дар ошхонаҳои муассисаҳои тиббӣ намунаи шабонарузӣ аз ҳар намуди таомҳои тайёршуда гирифта мешавад.

12.12.1. Намунаи шабонарузӣ аз тарафи корманди тиббӣ (ва ё бо роҳбарии он - ошпаз) дар зарфҳои таъмизшудаи шишигини тамғагузоришудаи маҳсус бо сарпӯши маҳкам – барои ҳар таом ва ё маҳсулоти кулинарӣ алоҳида гирифта мешавад.

12.12.2. Хуришҳои хунук, таомҳои якум, гарнирҳо ва нӯшокиҳо (таомҳои сеюм) ба миқдори на камтар аз 100 гр. гирифта мешаванд.

12.12.3. Таомҳои порсионии дуюм, биточки, котлетҳо, сирники, олади, ҳасиб, ҳасибнон пурра якдонагӣ гирифта мешавад (ба миқдори як порсӣ).

12.12.4. Намунаи шабонарузӣ ба муддати на камтар аз 48 соат аз вақти баохиррасии истифодаи таом дар ҷои маҳсуси ҷудошудаи яхдон, дар ҳарорати +2 - +6°C нигоҳ дошта мешавад. Зарфҳо барои нигоҳдории шабонарузӣ (зарф, сарпӯш) бо оби ҷӯшонда ба муддати 5 дақиқа коркард мешаванд.

12.13. Барои интиқоли таомҳои тайёр ба шӯъбаҳои буфетҳои муассисаҳои тиббӣ аз термосҳо ва ё зарфҳои сарпӯшдори маҳкам истифода мебаранд. Нон дар халтаҳои полиэтиленӣ ва ё кленкагӣ дода мешавад, нигоҳдории нон дар онҳо иҷозат дода намешавад.

12.14. Ҳангоми тақсим намудани хӯроки тайёр дар ошхона барои шӯъбаҳои буфетӣ ҳарорат бояд барои таомҳои якум на пастар аз 75°C, таоми дуюм на пастар аз 65°C, таомҳои хунук ва нӯшокиҳо аз 7 то 14°C бошанд. То тақсимкунӣ таомҳои якум ва дуюм метавонанд на зиёда аз 2 соат дар болои тафдон бошанд.

12.15. Дар ошхона бояд ҳучра барои шӯстан ва нигоҳдории зарфҳои шӯъбаҳо (термосҳо, кастрюлҳо, сатилҳо ва ғ.) ҷудо шавад.

12.15.1. Дар ин ҳучра шӯстан ва нигоҳдории зарфҳои ошхона, инчунин зарфҳои шӯъбаи сироятӣ роҳ дода намешавад.

12.15.2. Шӯстан ва нигоҳдор зарфҳои буфет дар шӯъбаҳои буфети хангоми набудани шароит дар ошхона, иҷозат дода мешавад. Барои ин, бояд ваннаи андозааш мувофиқи алоҳида ва ҷой барои нигоҳдории зарфҳои ошхона пешбинӣ шавад.

12.16. Барои интиқоли маҳсулотҳои хӯрокаи аз анбор, магазинҳо, инчунин хангоми овардани таомҳои тайёр бояд аз автомашинае, ки шиносномаи санитарӣ дорад истифода бурд.

12.17. Дар ҳамаи ҳуҷраҳои зарфшӯӣ (аз ҷумла шӯъбаҳои буфетӣ) бояд обгармкунакҳои барқии эҳтиётӣ бо насби об ба ваннаҳои шустушӯӣ дошта бошанд.

12.18. Барои коркарди зарфҳо бояд аз маводҳои шӯянда, тозакунанда, ки иҷозати истифодабарӣ дода шудааст, тибқи муқаррароти муайяншуда истифода бурд.

12.18.1. Дар ҳуҷраҳои шустушӯӣ дастурамалҳо оид ба қоидаҳои шустани зарфҳо ва асбобҳо бо ишораи концентратсия ва миқдори истифодабарии маводҳои шӯянда овезон карда мешавад.

12.19. Дар шӯъбаҳои буфетӣ бояд ду ҳуҷра пешбинӣ шавад: барои тақсими хӯрок (на камтар аз 9 м²) ва барои шустани зарфҳо (на камтар аз 6 м²) бо маҳдудияти даромад. Дар ҳуҷраи коркарди зарфҳо мойкаҳо бо насби оби гарму хунук бо аралашкунак (смеситель) шӯянда мешавад.

12.19.1. Тақсимои хӯрокаи тайёр дар давоми 2 соати баъди тайёр шудан.

12.19.2. Дар буфетҳо мондани боқимондаҳои хӯрок баъди тақсимот, инчунин, омехта намудан бо хӯрокаи навтайёр, иҷозат дода намешавад.

12.19.3. Тақсимои хӯрокро ба беморон буфетдор ва ҳамшираи тибии навбатдори шӯъба мегузаронад. Тақсимои хӯрок бояд бо хилъат бо тамғаи «барои тақсимои хӯрок» гузаронида шавад. Ба тақсимот ҷалб намудани кормандони хурди тиббӣ манъ аст.

12.19.4. Тақсимои хӯрок, бояд бо дастпӯшакҳо барои истифодаи якмаротиба бо риояи қоидаҳои гигиенини дастон ва қоидаҳои истифодаи дастпӯшакҳо, гузаронида шавад.

12.19.5. Дар ҷойҳои қабули хӯрок аз аёдаткунандагон ва дар шӯъбаҳо, бояд номгӯи маҳсулотҳои хӯроқвории иҷозатдодашуда (бо нишондоди миқдори онҳо) овезон бошад.

12.20. Ҳамарӯза ҳамшираи тиббии навбатдори шӯъба, бояд риояи қоидаҳо ва мӯҳлати истифодабарии (нигоҳдорӣ) маводҳои хӯрокиро, ки дар яхдони шӯъба ва тумбаҳои беморон нигоҳ дошта мешаванд, назорат намояд.

12.20.1. Хӯрокаи тайёри хонагӣ набояд дар яхдон нигоҳ дошта шавад, балки баъди истифода ба аёдаткунандагон баргардонида шаванд ва ё мувофиқи қоидаҳо, нобуд карда шаванд.

12.20.2. Хангоми муайян намудани маводи хӯрокаи мӯҳлати истеъмолаш (нигоҳдориаш) гузашта, нигоҳдорӣ бе халтаи селюфанӣ (дар яхдон), бе ишораи насаби бемор, инчунин, хӯрокаҳое, ки нишони вайроншавӣ доранд бояд гирифта дар партовҳои хӯрокаи партофта шаванд.

12.21. Оид ба қоидаи нигоҳдорӣ, бемор бояд хангоми дохил шудан ба шӯъба огоҳ карда шавад ва имзо гузошта бошад. Қоидаи нигоҳдории маводҳо бояд дар палатаҳо овезон бошад.

12.22. Коркарди зарфҳои ошхона, чойнӯшӣ ва асбобҳои ошхона бояд дар алоҳидагӣ бо чунин тартиб гузаронида шавад:

- хангоми коркарди зарфҳои ошхона ва чойнӯшӣ ба таври механикӣ тоза карда бо маводҳои шӯянда барои шӯстани зарфҳои ошхона шуста дар оби равони гарми ҳарораташ на камтар аз 50⁰С мечайқонанд; хушк намудани зарфҳо дар рафҳои махсус ва ё панҷараҳо;

12.23. Чағбут (ветошь)-и махсус барои шустани зарфҳо ва чағбут (ветошь)-и махсус барои пок намудани мизҳоро мебояд баъди истифода бо маводи безараркунанда безарар, хушконида ва нигоҳ дошт. Барои шустани зарфҳо истифодаи бисеркаратаи губка иҷозат дода намешавад.

12.24. Баъди ҳар тақсмоти хӯрок ҳучраи буфет дар шӯъбаҳо бо диққат бо истифодаи маводҳои шӯянда тоза карда мешавад бо истифодаи маҳлулҳои шустушуи. Ба асбобҳои барои шустани фарш баъд аз анҷоми кор, ба ҳамон сатил маводи безараркунанда рехта, дар об чайқонда ва мехушқонанд.

12.25. Дар муассисаҳои таъботати хангоми пайдо шудани ҳодисаҳои махсус хатарнок пайдарпайии коркарди зарфҳо, мавод ва усули безараргардонии онҳо, инчунин, безараргардонии боқимондаи хӯрок аз бемор хангоми бемориҳои гуногун ба таври муайян кардаи қоидаҳо аз тарафи Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон гузаронида мешавад.

Сардухтури давлатии санитарии
Ҷумҳурии Тоҷикистон,
муовини вазири тандурустӣ ва
ҳифзи иҷтимоии аҳолии
Ҷумҳурии Тоҷикистон

Н. Чафаров

Замимаи 1

Масоҳати палатаҳои муассисаҳои таъботатӣ аз ду кат ва зиёд

Шӯъба	Масоҳат, м²ба 1 кат (на камтар)
Сироятӣ ва сил барои калонсолон	7,5
Сироятӣ ва сил барои кӯдакон: - бе ҷой барои модарон - бо будубоши рӯзонаи модарон - будубоши шабонарӯзии модарон	6,5 8,0 10
Ортопедию шикастабандӣ (аз ҷумла табобати барқарорсозӣ), сӯхтагӣ, радиологӣ: - барои калонсолон ва палатаҳои кӯдакона бо будубоши рӯзонаи модарон - барои кӯдакон бо будубоши шабонарӯзии модарон	10 13
Муолиҷаи интенсифӣ, баъдичарроҳӣ	13
Кӯдаконаи ғайрсироятӣ: - бе ҷой барои модарон - бо будубоши рӯзонаи модарон - бо будубоши шабонарӯзии модарон	6,0 7,5 9,5
Психоневрологӣ ва наркологӣ: - умумӣ -инсулин ва наркологӣ	6,0 7,0
Психиатрӣ барои кӯдакон: - умумӣ - назоратӣ	5,0 6,0
Барои навзодон	6,0
Дигар палатаҳо барои 2 ва зиёда кат	7,0
Палата барои 1 кат	9,0

* Соҳаивазкунии муассисаи табобатӣ барои табобати беморони сил манъ аст.

Замимаи 2

Масоҳати ҳучраҳо дар шӯъбаҳои муассисаҳои тандурустӣ

Ҳуҷра	Масоҳат, м ²
Бокс барои 1 кат	22
Муоинагоҳ:	
- бе курсии гинекологӣ	12
- бо курсии гинекологӣ	18
Азназаргузаронии санитарӣ:	
- ҷойи либоскашӣ	6
- ванна бо душ	10
- ваннаи мувофиқкардашуда барои беморон	12
- ҳуҷраи либоспӯшӣ	6
- якҷоякунии ванна бо ҳуҷра барои либоспӯшӣ дар беморхонаҳои 200 кат ва аз ин камтар иҷозат дода мешавад	12
Амалиётхона	12
Бандубастӣ	22
Ҷарроҳихона барои амалиёти таъҷилӣ:	
- ҷарроҳихона	36
- пешазҷарроҳихона	10
- тамбизкунӣ (стерилизатсионӣ)	10
- ҳуҷра барои тайёр намудан ва нигоҳдории гач	6
Ҳуҷра (ҷои навбатдорӣ) ҳамшираи тиббӣ	6
Ҳуҷраи табиби навбатдор	10
Ҳуҷраи ҳамшираи калон	10
Ҳуҷраи ҳамшираи хоҷагидор	10
Ҳуҷраи гигиенаи шахсии кормандон	5
Ҳуҷраи кормандон	8
Бокси қабул ва муоина (дар шӯъбаи қабул барои беморони сироятӣ ва кӯдакони ғайрисироятӣ)	16
Ҳуҷра барои нигоҳдории ҷойпӯшҳои тоза (дар шӯъбаи қабули кӯдакони ғайрисироятӣ ва шӯъбаҳо)	4
Азназаргузаронии санитарӣ барои кормандон (дар шӯъбаи қабули кӯдакони ғайрисироятӣ ва шӯъбаҳо):	
- ҷойи либоскашии либосҳои хонагӣ ва корӣ	0,4 м ² ба 1 ҷевон
- душхона	4
Ҳуҷра барои нигоҳдории муваққатии ҷойпӯш ва тағпӯшҳои сироятёфта (бо даромади ҷудоғона аз берундар шӯъбаҳо ва беморхонаҳои сироятӣ)	4
Филтр барои қабули зояндагон (дар шӯъбаҳои қабул, таваллудхонаҳо ва акушерии беморхонаҳо)	14
Буфет	12
Ҳуҷра барои асбобҳои рӯбучинӣ ва тайёр намудани маводҳои безараргардонӣ;	4+4
Ҳуҷра барои ба навъҳо ҷудо намудан ва муваққатан нигоҳдории ҷойпӯшҳои ифлос	4
Ҳуҷра барои шӯстушӯӣ ва стерилизатсия тубакҳо (суден), шӯстушӯӣ ва хушккунии кленкаҳо	8

Замимаи 3

Таркиб ва масоҳати тавсияшуда барои ҳуҷраҳои ғайримахсуси статсионарҳои рӯзона

№	Номгӯи ҳуҷраҳо	Масоҳат (м ²)
1.	Палатаи будубоши рӯзона (бе масоҳати шлюз ва санузел)	
1.1.	Палата барои 1 кат: - тиббию-ичтимоӣ, таботати барқароркунии барои бемороне, ки тариқи курсӣ аробача мераванд; - дигар	12 10
1.2.	Палата барои 2 кат: - тиббию-ичтимоӣ, таботати барқароркунии барои бемороне, ки тариқи курсӣ аробача мераванд; - дигар	20 15
1.3.	Палата барои 3 кат: - тиббию-ичтимоӣ, таботати барқароркунии барои бемороне, ки тариқи курсӣ аробача мераванд; - дигар	30 21
1.4.	Палата барои 4 кат: - тиббию-ичтимоӣ, таботати барқароркунии барои бемороне, ки тариқи курсӣ аробача мераванд; - дигар	40 28
2.	Шлюз назди палата*	3
3.	Ҳочатхона дар палата (халочо, дастшӯяк)**	3
4.	Душхона***	2
5.	Ҳуҷраи будубоши рӯзонаи беморон (толор)	1 м ² барои як кат, на кам аз 12
6.	Ҳуҷра барои қабули хӯроки беморон бо ҳуҷра барои гармкунии хӯрок	12+6
7.	Амалиётхона	18
8.	Ҳуҷраи чарроҳ бо чарроҳихонаи майда	12+24
9.	Ҳуҷраи интизорӣ	10
10.	Дигар ҳуҷраҳо-мувофиқи замимаи 2 ҳамин маҷмӯа	

* Ҳангоми истифодаи таҷҳизотҳои навтарин барои УЗИ.

** Ҳангоми зарурият метавон бо дигар ҳуҷраҳои ташҳиси функсионалӣ якҷоя шаванд.

*** Ҳангоми истифодаи таҷҳизотҳои ҷадиди сафарӣ барои детоксикация.

Замимаи 4

Таркиб ва масоҳати ҳуҷраҳои статсионари махсуси рӯзона

Ҳуҷраҳои ташҳисӣ		
1.	Амалиётхона бо ҳуҷраи тайёр намудани аллергенҳо ва шлюз байни онҳо	12+10+2
2.	Ҳуҷра барои ташҳиси функсияҳои нафаскашии беруна	20
3.	Ҳуҷраи амалиётхонаи гастроскопӣ	18
4.	Ҳуҷраи амалиётхонаи ректороманоскопӣ ва колоноскопӣ (бо шлюз)	18+2
5.	Ҳуҷраи таҳқиқи зондии дуоденалӣ	6 м ² ба як кушетка, на камтар аз 12
6.	Ҳуҷраи рН – метрӣ	12
7.	Ҳуҷраи ташҳиси ултрасадо	14
8.	Ҳуҷраи электрокардиографӣ ва реовазографии	14
9.	Ҳуҷраи электро- ва реовазографӣ бо кабинаи экранӣ	14+6
10.	Ҳуҷраи эхоэнцефалография	14
11.	Ҳуҷраи аудио- ва вестибулометрӣ бо кабинаи садоногузар	14+6
12.	Ҳуҷраи муоинаи табиби офталмолог бо хонаи торик	18+6
13.	Ҳуҷраи муоинаи табиби гинеколог	18
Ҳуҷраҳои табобатӣ		
14.	Ҳуҷраи электросвечение	6 м ² ба як кушетка, на камтар аз 12
	- ҷойи тайёрӣ	6
15.	Ҳуҷраи табобати УВЧ	6 м ² ба як кушетка, на камтар аз 12
16.	Ҳуҷраи табобат бо хобби барқӣ бо таҷҳизотхона ва шлюзи даромадгоҳ	6 м ² ба як кушетка, на камтар аз 12+6+2
17.	Ҳуҷраи табобати ингалятсионӣ	4 м ² ба як ҷой, на камтар аз 10
	- амалиётхона	4 м ² ба як ҷой, на камтар аз 10
	- ҷой барои компрессор	1,5 м ² ба як ҷой, на камтар аз 4
18.	Ҳуҷра барои табобати беморон аз рӯи «пищераи намакин» (галопалата):	
	- амалиётхона	6 м ² барои як нафар
	- ҳуҷраи назорат	6
	- шлюз	3
19.	Ҳуҷраи табобати физкултурӣ барои дарси фардӣ	12
20.	Ҳуҷраи табобати физкултурӣ барои гуруҳҳои хурд (то 4 нафар)	20
21.	Ҳуҷраи табобати механикӣ	4 м ² барои як ҷой, на камтар аз 20
22.	Ҳуҷраи табобати лазерӣ	12 м ² барои як кат
23.	Ҳуҷраи табобати рефлексӣ:	
	- ҳуҷраи табиб	12
	- амалиётхона бо стерилизатор	6 м ² ба як ҷой, на камтар аз 14+4
24.	Ҳуҷра «амбулаторӣ» детоксикатсияи экстракорпоралӣ	12

	(гемосорбсии, плазмаферез ва ғ.)	
25.	Ҳучраи фардии табобати аэроионӣ	4 м ² барои як ҷой, на камтар аз 12
26.	Ҳучраи гурӯҳии табобати аэроионӣ бо ҳучраи ҳамшираи тиббӣ	12+8
Статсионарҳои рӯзонаи психиатрӣ ва беморхонаҳои наркологӣ ва диспансерҳо		
27.	Ҳучраи табобати психики фардӣ	12
28.	Ҳучраи табобати психики гурӯҳӣ бо шлюз	4 м ² барои як ҷой, на камтар аз 24+2
29.	Амалиётхонаи табобати шартан-рефлектории фардӣ бо хочатхона	12+3
30.	Амалиётхонаи табобати шартан-рефлектории гурӯҳӣ бо хочатхона	6 м ² барои як ҷой, на камтар 24+3
31.	Ҳучра барои гузаронидани намунаи алкоғол-тетурамӣ	6 м ² барои як ҷой, на камтар 10
32.	Ҳучраи психолог	12
Статсионарҳои рӯзонаи марказҳои саломати ва марказҳои солимии репродуктиви		
33.	Ҳучраи психопрофилактика тайёрии ҳомиладорон ба зоиш:	
	- фардӣ	12
	- гурӯҳӣ	24
34.	Ҳучраи муоинаи табиби гинеколог	18
35.	Ҳучраи психотерапевт	12
36.	Ҳучраи ҳуқуқшинос (корманди иҷтимоӣ)	12
37.	Ҳучраи қабули махсус (банақшагирии оила, безуретӣ ва ғ.)	10
38.	Ҷарроғхонаи хурд бо пешазҷарроғхона ва шлюз (барои исқоти ҳамл)	24+8+2
Статсионарҳои рӯзонаи Марказҳои патологияи нутқ ва нейрореабилитатсия		
39.	Ҳучраи миографияи барқӣ	18
40.	Ҳучраи логопед	18
41.	Толор барои дарс дар тренажерҳо	5 м ² барои як ҷой, на камтар 20
42.	Толор барои омӯзишӣ роҳравӣ	36
Статсионарҳои рӯзонаи шӯъбаҳои бордоркунии экстракорпоралӣ		
43.	Ҳучраи табиби гинеколог (бе курсии гинекологӣ)	10
44.	Ҳучраи муоинаи табиби гинеколог	18
45.	Ҳучраи табиби гинеколог бо таҷҳизоти ултрасадо ва курсии гинекологӣ	18
46.	Амалиётхонаи гирифтани ҳучайраҳои тухм	18
47.	Ҳучраи гирифтани нутфа	6
48.	Амалиётхонаи имплантантии бордоркунии тухмҳучайраҳо (якҷоя)	12
Статсионари рӯзонаи табобати косметологӣ		
49.	Ҷои манипалютсия барои гузаронидани амалиётҳои косметологияи табиб	12
50.	Ҷои манипалютсия барои гузаронидани амалиётҳои косметологияи ҳамшира	8 м ² барои як ҷои корӣ, на камтар 12
51.	Бастубандӣ	18
52.	Офтобҷо (солярий):	

	-ҳангоми ҷойгиршавии амудии лампа дар кабинаҳо	2 м ² барои як ҷой, на камтар аз 12
	- ҳангоми ҷойгиршавии горизонтали лампаҳо дар кабинаҳо	4 м ² барои як ҷой, на камтар аз 12
	- ҷойи либоскашӣ	3
	- пости ҳамшира (оператор)	6
Статсионари рӯзонаи кумаки тиббию иҷтимоӣ (беморхонаҳои гериатрӣ ва Марказҳо, хонаҳои нигоубини ҳамширагӣ, хосписҳо)		
53	Ҳуҷра барои намозгузорӣ	16
54	Ҳуҷра барои ёрдамчиёни ихтиёрӣ	12
55.	Ҳуҷраи сабукшавии психологӣ ва психоэмотсиалии кормандон бо шлюз	16+2
56.	Ҳуҷраи табиби мутахассис	12
57.	Ҳуҷраи корманди иҷтимоӣ (хуқуқшинос)	12

Эзоҳ:

- 1) Ҳангоми зиёд шудани шумораи ҷойҳои корӣ (аз 2 ва зиёд) масоҳати ҳуҷраҳо зиёд карда мешавад аз ҳисоби 8 м² ба ҳар ҷои иловагӣ.
- 2) Тозакунии пеш аз стерилизатсионии маводҳои тиббӣ дар шӯъбаи стерилизатсионии муттамаркази муассиса гузаронида мешавад. Ҳангоми дар статсионари рӯзона мавҷуд будани ҳуҷраи эндоскопӣ, ҳуҷра бо масоҳати на камтар аз 8 м² барои гузаронидани дезинфексияи амиқи таҷхизотҳои эндоскопиро пешбинӣ мешавад.
- 3) Шлюзҳоро бояд дар палатаҳои 2-4 кат доштаи ҳамаи соҳа, инчунин ҳангоми палатаи дорой 1 кати сироятӣ ва фтизиатрӣ пешбинӣ мешаванд.
- 4) Ҳоҷатхона метавонад бо даромад аз шлюз ва ё даромад аз палата лоиҳакаши шавад.
- 5) Душхона метавонад бо ҳоҷатхона яҷуҷа боша два ё ҷудоғона.

Замимаи 5

Ҳисоби ҳарорат, карати ҳавоивазкунӣ, категория бо тозагӣ дар ҳучраҳои муассисаҳои тандурустӣ, инчунин статсионарҳои рӯзона

Номгӯи ҳучраҳо	Ҳисоби ҳарорат и ҳаво, °С	Карати ҳавоивазкунӣ дар 1 соат		Категори я бо тозагии ҳучра	Карати баромад ҳангоми ҳавоивазкунии табиӣ
		даромад	баромад		
Паллатаҳо барои беморони калонсол, ҳучра барои модарон дар шуъбаи кӯдакона, ҳучра барои гопотерапия	20	80 м³/соат барои 1 кат 100%		Ч	2
Палата барои беморони сил (калонсолон, кӯдакон)	20	80 м³/соат барои 1 кат		Г	2
		80%	100%		
Палат барои беморони гипотиреоз	24	80 м³/соат барои 1 кат 100%		Ч	2
Палата барои беморони тиреотоксикоз	15	ҳамчунин		Ч	2
Палатаҳои баъдичарроҳӣ, толори эҳғарӣ, палатаҳои табобати интенсивӣ, боксҳои зоишӣ, чарроҳихона, чарроҳи-диализӣ, беҳискунӣ, палатаҳо барои 1-2 кат барои беморони сӯхта, барометр	22	аз рӯи ҳисобх, вале на камтар аз ивазшавии даҳқарата		ОЧ	иҷозат дода намешавад
		100%	80%-асептикӣ (20% ба воситаи беҳискунӣ, стерилизатсионӣ ва ғ. 100% септикӣ		
Палатаҳои баъди зоиш	22	100%	100%	Ч	ҳамчунин
Палата барои 2-4 кат барои беморони сӯхта, палата барои кӯдакон	22	100%	100%	Ч	ҳамчунин
Палата барои кӯдакони норасид, синамак, навзодон ва кӯдакони осебдида	25	аз рӯи ҳисобҳо, на камтар		ОЧ	иҷозат дода намешавад
		100%	80%-асептикӣ		
		100%	100% септикӣ		
Боксҳо, нимбоксҳо,	22	2,5	2,5	Г	2,5

филтр-боксо, пешбоксо		(даромад аз роҳрав 100%)			
Сексияи палатаҳои шӯъбаи сироятӣ	20	80 м³/соат ба 1 кат	80 м³/соат ба 1 кат	Г	-
Пешаз зоиш, филтрҳо, қабулу- муоина, муоинаҷой, бастубандӣ, манипулятсионӣ, пеш аз ҷарроҳӣ, хучраи душидани шири сина, хучраи синадиҳии кӯдакони то сини 1 сола, хучра барои эмгузаронӣ	22	2	2	Ч	2
Стерилизатсионии назди ҷарроҳихона	18	-	3-шӯъбаи септикӣ 3-шӯъбаи аскптикӣ	Г Ч	2 2
Ҷарроҳихонаи хурд, инчунин статсионари рӯзона	22	10	5	Ч	1
Хучраҳои табибон, хучраи кормандон, хучраи табобати рефлексӣ, хучраи будубоши рӯзонаи беморон	20	даромад аз роҳрав	1	Ч	1
Толори ЛФК	18	50 м³барои як машққунан да	100%	Г	2
Хучраи ташҳиси функционалӣ, хучраи ректороманоскопӣ	22	-	3	Г	2
Хучраи физкултураи табобати, табобати механикӣ, хучраи зондӣ	20	2	3	Г	2
Миёнсарой (вестибюл), хучра барои хӯрокхурӣ, компрессорҳои ингалятсионӣ, ҷойпӯшхонава анбор	18	-	1	Г	1
Хучраи табобати микроволнӣ ва	20	4	5	Г	ичозат дода намешавад

ултрабаландшидда тй, хучраитабобати гармй, хучраи табобати ултрасадо					
Анбори нигохдории чойпӯшҳои ифлос, асбобҳои рӯбучинӣ, маводҳои безаркунӣ	18	-	5	Г	3
Санузелҳо	20	-	50 м³ барои 1 халочо ва 20 м³ барои 1 пешобкунак	Г	3

Приложение 6

Ҳадди имконпазирии концентратсия (ПДК) ва синфҳои хатарӣ маводҳои доруворӣ дар ҳавои ҳуҷраҳои муассисаҳои таълимӣ

№	Маводи муайяншаванда	ПДК бо мг/м ³ , синфи хатар
1	2	б
1.	Ампитсиллин	0,1 II. А.
2.	Аминазин (Диметиламиноприпил -3 - хлорфенотиазинхлоргидрат)	0,3 II. А.
3.	Бензилпенициллин	0,1 II. А.
4.	Эфири диетили	300 IV
5.	Ингалан (эфири 1,1 –дифтор-2,2-дихлорэтилмети́л)	200 IV
6.	Туршии нитроген (закись азот) (дар ҳисоб ба 02)	5 (дар ҳисоб ба 02)
7.	Оксатсиллин	0,05 I А
8.	Стрептомицин	0,1 I.А
9.	Тетрасиклин	0,1 II. А
10.	Трихлорэтилен	10
11.	Фторотан (1,1 # 1 – Трифтор – 2 - хлорбромэтан)	20 III
12.	Флоримитсин	0,1 II. А
13.	Формалдегид	0,5 II. А
14.	Этили хлорӣ	50 IV

Сатҳи иҷозатдодашудаи ифлосшавии бактериалии ҳавои хӯчари муассисаҳои табибати вобаст аз таъиноти функционалӣ ва синфи тозагӣ

№	Синфи тозагӣ	Номгӯи хучраҳо	Нишондодҳои санитарии микробиологӣ					
			Микдории умумии микроорганизмҳо дар 1 м ³ ҳаво (КОЕ/м ³)		Микдори кишти Staphylococcus aureus дар 1 м ³ ҳаво (КОЕ/м ³)		Микдори мағор ва замбуруғҳо дар 1 м ³ ҳаво (КОЕ/м ³)	
			то саршавии кор	дар вақти корӣ	то саршавии кор	дар вақти корӣ	то саршавии кор	дар вақти корӣ
1.	Нихоят тоза (А)	Ҷарроҳихона, толори таваллудӣ, боксҳои асептикӣ барои мизоҷони гематоло-гӣ, сӯхта, палатаҳо барои навзодони норасид, блоки асептики дорухонаҳо, ҷойи стерилизатсия (қисмати тозааш), боксҳои таҳқиқоти бактериялогӣ	на зиёда аз 200	на зиёда аз 500	набояд бошад	набояд бошад	набояд бошад	набояд бошад
2.	Тоза (Б)	Амалиётхона, бандубастӣ, пешаз ҷарроҳӣ, палатаҳо ва толорҳои эҳғарӣ, палатаҳои кӯдакона, хучра барои ҷамъоварӣ ва пастеризатсияи шири сина, ҷойи ассисентҳо ва бастубанди дорухонаҳо, таҳқиқоти бактериялогӣ ва клиникае, ки барои гузаронидани таҳқиқоти мебошанд	на зиёда аз 500	на зиёда аз 750	набояд бошад	набояд бошад	набояд бошад	набояд бошад
3.	Шартан тоза (В)	Палатаҳои шӯбаҳои ҷарроҳӣ, роҳравҳои ба ҷарроҳихона оваранда, толори зоиш, муоинагоҳ, бокс ва палатаҳои шӯбаи сироятӣ, ҷойи ординаторҳо, ҷойи материалҳо, ҷойи ҷойпӯшҳои тоза	на зиёда аз 750	на зиёда аз 1000	набояд бошад	на зиёда аз 2	набояд бошад	набояд бошад
4.	Ифлос (Г)	Роҳравҳо ва хучраҳои маъмурият, зинаҳои корпусҳои табибати таҳқиқоти санитарӣ, хучраҳои санитарӣ, ҳоҷатхонаҳо, хучраҳои ҷойпӯшҳои ифлос ва муваққатан нигоҳдории партовҳо	миқдор надорад		миқдор надорад		миқдор надорад	

Рӯшноии табиӣ ва сунӣ дар ҳучраҳои муассисаҳои тандурустӣ

Ҳучраҳо	Сатҳи корӣ ва ҳамворӣ бамеъёргии КРТ* ва равшаннокӣ (Г-горизонталӣ, В-вертикалӣ) ва баландии ҳамворӣ аз фарш	Дараҷа ва зердараҷа корӣ бо сирагӣ СНиП 23-05-95	Рӯшноии табиӣ		Рӯшноии яқҷоя		Рӯшноии сунӣ		
			КРТ, е_н,		КРТ, е_н,		Равшанӣ, лк, ҳангоми равшанокӣ умумӣ	Нишон доди дисконфорт М на зиёда	Кoeffиент и тапиши равшанӣ К_п , на зиёда
			рӯшноидихӣ аз боло ва ё яқҷоя	рӯшноидихӣ аз тараф	рӯшноидихӣ аз боло ва ё яқҷоя	рӯшноидихӣ аз тараф			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Чарроҳихона	Г-0,8	А-2	-	-	-	-	400	40	10
Пеш аз чарроҳихона	Г-0,8	Б-1	3,0		1,8	0,6	300	40	15
Бандубастӣ	Г-0,8	А-1	4,0		2,4	0,9	500	40	10
Ҳучраи нигоҳдории хун	Г-0,8	VIII а	-		-	-	200	40	20
Ҳучраи нигоҳдорӣ ва тайёркунии гач	Г-0,8	VIII б	-		-	-	75	-	-
Ҳучраи кабули чарроҳ, акушер-гинеколог, шикастабанд, педиатр, сироятшинос, дерматовенеролог, аллерголог, стоматолог, муоинагоҳ	Г-0,8	А-1	4,0		2,4	0,9	500	40	10
Ҳучраи кабули дигар мутахассисон	Г-0,8	Б-1	3,0	1,0	1,8	0,6	300	40	18
Ҳучраи торики офталмолог	Г-0,8	-	-	-	-	-	20	-	10
Ҳучраи ташхиси функционалӣ, ҳучраи	Г-0,8	Б-1	3,0	1,0	1,8	0,6	300	40	18

эндоскопӣ									
Фотарии, хучраи физиотерапевтӣ, масх, ЛФК	Г-0,8	Б-2	2,5	0,7	1,5	0,4	200	60	20
Хучраҳо: гидротерапия, ваннаҳои табобатӣ, толорҳои душ	Г-0,8	Б-2	2,5	0,7	1,5	0,4	200	60	20
табобат бо кор	Г-0,8	Б-1	3,0	1,0	1,8	0,6	300	40	-
барои табобат бо хоб	Г-0,8	Ж-2					50	-	-
Хучраи тайёр намудани парафин, озокерит, коркарди прокладка, регенератсия лой	Г-0,8	VIIIБ	-	-	-	-	75	-	-
Палатаи будубоши рӯзона	Г-0,0	В-2	2,0	0,5	-	-	100	25	15
Хучраи нигоҳдории доруворӣ ва маводи бандубаст	Г-0,8	VIIIБ	-	-	-	-	100	--	-
Хучраи нигоҳдории маводҳои безараркунӣ	Г-0,8	VIIIБ	-	-	-	-	75	-	-
Амалиётхона, манипулятсионӣ	Г-0,8	А-1	4,0	1,5	2,4	0,9	500	40	10
Хучраҳо, постҳои ҳамшираҳои тиббӣ	Г-0,8	Б-1	3,0	1,0	1,8	0,6	300	40	15
Хучраҳои будубоши рӯзонаи беморон.	Г-0,8	Б-2	2,5	0,7	1,5	0,4	200	60	20
Хучраи барои қабули хӯроки беморон	Г-0,8		-	-	1,5	0,5	200	60	20
Дастгоҳҷой (нуқтаи назорат), хучраи шустушӯи, стерилизатсия, банавъҷудокунӣ ва нигоҳдорӣ,	Г-0,8	Б-2	-	-	-	-	200	60	20

чойпӯшхона									
Чои бақайдгирӣ	Г-0,8	Б-2	-	-	1,5	0,4	200	60	20
Роҳравҳои муассисаи тандурустӣ	Г-0,0	К	-	-	-	-	150	90	-
Ҳуҷра барои нигоҳдории асбобҳои дастӣ	Г-0,8	VIII б	-	-	-	-	75	-	-
Ҳуҷраи санитарию маишӣ: дастуруйишӯи, ҳочатхона, ҷои сигоркашӣ, душхона, ҷои либоскашӣ, ҷои либоскашии либоси беруна	Г-0,0	Ж-1	-	-	-	-	75	-	-
	Г-0,0	Ж-1	-	-	-	-	50	-	-
	Г-0,0	Ж-1	-	-	-	-	75	-	-

* КРТ (КЕО) – коэффисенти рӯшноии табиӣ (коэффициент естественной освещенности)



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И
СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН**

**ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К
РАЗМЕЩЕНИЮ, УСТРОЙСТВУ,
ОБОРУДОВАНИЮ И ЭКСПЛУАТАЦИИ
БОЛЬНИЦ, РОДИЛЬНЫХ ДОМОВ И
ДРУГИХ ЛЕЧЕБНЫХ СТАЦИОНАРОВ**

Душанбе – 2015 г.



ВАЗОРАТИ ТАНДУРУСТӢ ВА ҲИФЗИ ИҶТИМОИИ АҶОЛИИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

34025, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе кӯчаи Шевченко 69 тел.: (372) 21-18-35 факс (372) 21-75-25

ФАРМОИШ

аз «27» 12 соли 2014. № 1119

ш. Душанбе

Дар бораи пурзӯр намудани чораҳо
оид ба пешгирии сирояти дохилибеморхонагӣ
дар муассисаҳои тандурустии
Ҷумҳурии Тоҷикистон

Бо мақсади пурзӯр намудани фаъолият дар самти пешгирии сирояти дохилибеморхонагӣ дар муассисаҳои тандурустӣ мутобиқи бандҳои 5 ва 38 Қонуни Ҷумҳурии Тоҷикистон «Дар бораи таъмини амнияти санитарӣ, эпидемиологии аҳоли» ва банди 10-и Низомномаи Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон, ки бо қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 3 марти соли 2014 таҳти № 148 тасдиқ гардидааст,

ФАРМОИШ МЕДИҲАМ:

1. Санадҳои меъёрии ҳуқуқии зерин тасдиқ карда шаванд:

а) қоида ва меъёрҳои гигиенӣ «Талаботҳои гигиенӣ оид ба чойгиркунӣ, таркиб, таҷҳизот ва истифодабарии беморхонаҳо, таваллудхонаҳо ва дигар муассисаҳои тандурустӣ» (замимаи 1);

б) «Дастурамали миллӣ оид ба пешгирии бемориҳои сироятӣ дар муассисаҳои тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон» (замимаи 2).

2. Ба сардорони раёсатҳои дастгоҳи марказии Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон, раёсатҳои тандурустии Вилояти Мухтори Кӯҳистони Бадахшон, вилоятҳои Суғд, Хатлон ва ш. Душанбе, роҳбарони муассисаҳои тандурустии ҷумҳуриявӣ ва шаҳру ноҳияҳои тобеи ҷумҳур, роҳбарони муассисаҳои тандурустии дигар вазорату идорас, ки дар тобеъияташон марказҳои саломатӣ ва беморхона доранд, инчунин, муассисаҳои хусусии тиббӣ иҷрои фармоиши мазкурро таъмин намоянд.

3. Сардорони Раёсати амнияти санитарӣ, эпидемиологӣ, ҳолатҳои фавқулодда ва кӯмаки фаврии тиббии Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон (Давлатов С.Х.), Хадамоти

назорати давлатии санитарию эпидемиологӣ (Назаров Х.К), ва Хадамоти назорати давлатии фаъолияти тиббӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳоли (Ҳочамуродов Ғ.М.) назорати талаботҳои фармоиши мазкурро дар муассисаҳои тандурустӣ новобаста аз шакли моликият ва тобеъияти идоравиашон таъмин намоянд.

4. Ба сардори Хадамоти назорати давлатии санитарию эпидемиологӣ (Назаров Х.К.) супориш дода шавад, ки санадҳои меъёрии ҳуқуқии тасдиқгардидаро тибқи тартиби муқарраргардида дар Вазорати адлия аз қайди давлатӣ гузаронад.

5. Фармоишҳои Вазорати тандурустӣ аз 18.12.2000 с., №359 «Дар бораи чорабиниҳои паст намудани бемориҳои зарпарвинҳои вирусӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон», аз 26.04.2010 с., №239 «Дар бораи беҳтар намудани ёри тиббӣ ба беморони фасоди чарроҳӣ ва пурзур намудани чорабиниҳо бар зидди сирояти дохили беморхонаҳо дар шӯъбаҳои чарроҳӣ (беморхонаҳо) ва марказҳо (хучраҳо) дандонпизишкӣ» ва аз 19.04.2013 с., №223 «Дастурамали миллӣ оид ба пешгирии бемориҳои сироятӣ дар муассисаҳои тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон» аз эътибор соқит доништа шаванд.

6. Назорати иҷрои фармоиши мазкур ба зиммаи муовини якум (Бобоҳочиева Л.С.) ва муовинони вазир (Ҷафаров Н.Ҷ. ва Олимов Н.Х.) гузошта шавад.

Вазир



Н. Салимзода

ДУРУСТ

В составление сборника участвовали:

Джафаров Н.Д. – заместитель министра здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан;

Давлатов С.Х. – начальник управления СЭБЧСЭП МЗ СЗН РТ;

Мирзоев А.С. – зав. кафедры эпидемиологии, гигиены и охраны окружающей среды ИПДПМР РТ;

Джабирова С.Б – национальный эксперт по аккредитации МЗ СЗН РТ;

Олимов Д. А. – начальник управления государственного надзора СГНМД и СЗН;

Абдурахманова Ф.М. – зав. кафедры акушерства и гинекологии №2 ТГМУ имени Абуали ибни Сино;

Нодиршоева Р.А. – акушер гинеколог НИИАГи П.

Рецензент: Рофиев Х.К. – академик АВМШ, д.м.н., профессор кафедры эпидемиологии ТГМУ имени Абуали Ибн Сино

*Приложение 1
к приказу Министерство здравоохранения
и социальной защиты населения
Республики Таджикистан №1119 от 27 декабря 2014 г.*

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К РАЗМЕЩЕНИЮ,
УСТРОЙСТВУ, ОБОРУДОВАНИЮ И ЭКСПЛУАТАЦИИ БОЛЬНИЦ, РОДИЛЬНЫХ
ДОМОВ И ДРУГИХ ЛЕЧЕБНЫХ СТАЦИОНАРОВ

ПРЕДИСЛОВИЕ

Гигиенические требования к месторасположению, структуре, оснащению и использованию больниц, роддомов и других учреждений здравоохранения (далее «гигиенические требования») созданы с целью внедрения единых требований в лечебно – профилактических учреждениях здравоохранения. Требования в основном предназначены для вопросов проектирования, планирования рабочих кабинетов, вспомогательных помещений, площадей, строительных материалов, оснащения, а также соблюдения личной гигиены как медицинских работников, так и пациентов, что в целом должно привести к профилактике внутрибольничной инфекции.

Одной из главных целей реформы системы здравоохранения в Республике Таджикистан является улучшение медицинской помощи и уменьшение необоснованных затрат. Доказано, что организация правильного контроля инфекций – один из эффективных и малозатратных путей снижения показателей заболеваемости и смертности.

Профилактические мероприятия, предупреждающие возникновение внутрибольничных инфекций в лечебно-профилактических учреждениях, обеспечение безопасности обследования и лечения, эпидемиологических мероприятий, мер по контролю инфекционных заболеваний, уменьшение сроков госпитализации больных, уменьшение материальных и трудовых затрат, улучшение санитарного состояния больниц и обеззараживания мусора – первоочередная задача каждого руководителя учреждения здравоохранения.

В этом направлении принятие во внимание рекомендаций ВОЗ и других международных организаций, имеющих достаточный опыт в решении вышеназванных вопросов, имеет соответствующую пользу.

Своевременное согласование принципов работы и укрепление контроля над исполнением рекомендаций играют основную роль.

Выполнение этой задачи путём создания рабочей группы по контролю над инфекциями в УЗ и шаг за шагом достижения соответствия нормам и требованиям крайне важно. Успех зависит от сотрудничества эпидемиологов, микробиологов, специалистов других контрольных за инфекцией органов, врачей-клиницистов, среднего медицинского персонала, работников службы госнадзора и службы надзора за медицинской деятельностью, учебных медицинских учреждений – словом, всех, кто ответственен за организацию деятельности органов системы здравоохранения.

Содержание

I. Общие положения и область применения	7
II. Гигиенические требования к размещению и территории лечебного учреждения	8
III. Гигиенические требования к зданиям, сооружениям и помещениям лечебных учреждений	9
IV. Требования к внутренней отделке помещений.....	17
V. Требования к водоснабжению и канализации	18
VI. Требования к отоплению, вентиляции, микроклимату и воздушной среде помещений	20
VII. Гигиенические требования к естественному и искусственному освещению.....	25
VIII. Требования к инвентарю и технологическому оборудованию	26
IX. Гигиенические требования к условиям труда медицинского персонала	26
X. Санитарное содержание помещений, оборудования, инвентаря.....	28
XI. Требования к правилам личной гигиены больных, медицинского и обслуживающего персонала лечебного учреждения	30
XII. Гигиенические требования при организации питания больных в лечебных учреждениях	31
Приложение N 1	36
Приложение N2	37
Приложение N 3	39
Приложение N4	40
Примечания:	44
Приложение 5	45
Приложение 6	48
Приложение 7	49

I. Общие положения и область применения

1.1. Настоящие санитарно-эпидемиологические правила и нормативы (далее - санитарные правила) разработаны в соответствии действующих законов Республики Таджикистан.

1.2. Санитарные правила предназначены для учреждений здравоохранения и других организаций по оказанию медицинской помощи населению в больницах, родильных домах, дневных стационарах и других лечебных учреждениях (далее - лечебные учреждения) независимо от их принадлежности и форм собственности.

1.3. Сборник является хорошим руководством для юридических лиц и предпринимателей, чья деятельность тесно связана с проектированием, строительством, преобразованием и использованием медицинских учреждений.

1.4. Настоящие санитарные правила устанавливают требования к размещению, устройству, оборудованию, содержанию, санитарно-гигиеническому и противоэпидемическому режиму, организации питания больных в лечебных учреждениях.

Дневной стационар предназначен для проведения профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения, с применением медицинских технологий в соответствии со стандартами и протоколами ведения больных.

Допускается размещать в жилых и общественных зданиях женские консультации, кабинеты врачей общей практики и частнопрактикующих врачей, лечебно-оздоровительные, реабилитационные и восстановительные центры, а также дневные стационары при них при наличии санитарно-эпидемиологического заключения.

1.5. Ввод в эксплуатацию построенных или реконструированных лечебных учреждений, подвергавшихся перепланировке, перепрофилированию и переоборудованию, а также при временном использовании зданий и помещений под лечебные учреждения, осуществляется при наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам.

1.6. Все действующие отделений лечебные учреждения должны иметь санитарно-эпидемиологическое заключение о соответствии санитарным правилам согласно заявленным на аккредитацию и лицензирование видам медицинской деятельности, работ и услуг в порядке, установленном законодательством Республики Таджикистан.

1.7. Контроль за выполнением санитарных правил осуществляется органами и учреждениями государственной санитарно-эпидемиологической службы Республики Таджикистан и Службы государственного надзора за медицинской деятельности и социальной защиты населения.

II. Гигиенические требования к размещению и территории лечебного учреждения

2.1. Лечебные учреждения располагают на территории жилой застройки, зеленой или пригородной зонах на расстоянии от общественных, промышленных, коммунальных, хозяйственных и других организаций в соответствии с требованиями, предъявляемыми к планировке и застройке городских, поселковых и сельских населенных пунктов, а также в соответствии с гигиеническими требованиями и размещением санитарно-защитных зон.

2.2. Специализированные больницы (комплексы) мощностью свыше 1000 коек с пребыванием больных в течение длительного времени, а также стационары с особым режимом работы (психиатрические, инфекционные, в т.ч. туберкулезные, онкологические, кожно-венерологические и др.) располагают в пригородной зоне или в зеленых массивах на расстоянии не менее 500 метров от территории жилой застройки.

2.3. При проектировании и строительстве необходимо предусмотреть удаление лечебных учреждений от железных дорог, аэропортов, скоростных автомагистралей и других источников шума. Уровень шума на территории лечебного учреждения не должен превышать гигиенические нормы.

2.4. Земельный участок для лечебного учреждения должен быть сухим, чистым, вдали от источников загрязнения атмосферного воздуха. Не допускается размещать учреждения на загрязненных территориях. Содержание токсичных и вредных веществ в почве и атмосферном воздухе не должно превышать гигиенические нормы.

2.5. Через территорию лечебного учреждения не должны проходить магистральные инженерные коммуникации городского (сельского) назначения (водоснабжение, канализация, теплоснабжение, электроснабжение).

2.6. Дневные стационары, при размещении их в жилых и общественных зданиях, должны быть отделены от основного здания капитальной стеной, с оборудованием самостоятельной системы вентиляции, канализации и отдельным входом для пациентов.

Не допускается размещать в жилых и общественных зданиях дневные стационары дерматовенерологического, психиатрического, инфекционного и туберкулезного профилей.

2.7. Территория лечебного учреждения должна быть а, озеленена, ограждена и освещена. На территорию учреждения запрещен въезд личного автотранспорта кроме автомашин медицинского назначения. Временные стоянки для личного автотранспорта должны быть расположены на расстоянии не менее 40 метров.

Площадь зеленых насаждений и газонов должна составлять не менее 60% общей площади участка.

В целях предупреждения снижения естественной освещенности и инсоляции в помещениях учреждения деревья высаживаются на расстоянии не ближе 15 метров, кустарник - 5 метров от здания.

2.8. На территории лечебного учреждения выделяются зоны: лечебных корпусов для инфекционных и неинфекционных больных, педиатрических,

психосоматических, кожно-венерологических, радиологических корпусов, родильных домов и акушерских отделений, садово-парковая, поликлиники, патологоанатомического корпуса, хозяйственная и инженерных сооружений.

2.9. Патологоанатомический корпус с ритуальной зоной максимально изолируется от палатных корпусов и не должен просматриваться из окон лечебных и родовспомогательных помещений, а также жилых и общественных зданий, расположенных вблизи территории лечебного учреждения. Расстояние от патологоанатомического корпуса до палатных корпусов, пищеблока должно быть не менее 30 метров.

Ритуальную зону лечебного учреждения необходимо оборудовать отдельным въездом и выездом.

2.10. Инфекционные, кожно-венерологические, акушерские, детские, психосоматические отделения, радиологические отделения для лечебных целей, входящие в состав многопрофильных лечебных учреждений, должны размещаться в отдельно стоящих зданиях. Поликлинический корпус должен быть приближен к периферии участка, иметь самостоятельный вход.

2.11. На территории инфекционной больницы (корпуса) выделяют зону для инфекционных больных, изолированную от других участков полосой зеленых насаждений, с отдельным въездом (входом) и крытой площадкой для дезинфекции транспорта.

2.12. На территории хозяйственной зоны лечебного учреждения на расстоянии 25 м от здания оборудуют контейнерную площадку с твердым покрытием и подъездом со стороны улицы. Размеры площадки должны превышать площадь основания контейнеров на 1,5 м во все стороны.

III. Гигиенические требования к зданиям, сооружениям и помещениям лечебных учреждений

3.1. Здания лечебных учреждений следует проектировать не выше девяти этажей. Палатные отделения детских больниц и корпусов (в том числе палаты для детей до трех лет с матерями) следует размещать не выше пятого этажа здания, палаты для детей в возрасте до семи лет и детские психиатрические отделения (палаты) - не выше второго этажа.

3.2. Архитектурно-планировочные и конструктивные решения зданий и помещений лечебных и родовспомогательных стационаров должны обеспечивать оптимальные санитарно-гигиенические и противоэпидемические режимы и условия для оказания медицинской помощи населению и создания оптимальных условий труда для медицинского персонала.

3.3. Структура учреждения и планировка его помещений должны исключать возможность перекрещивания или соприкосновения чистых (с потоком пациентов) и грязных (хозяйственным) технологических потоков.

3.4. Состав и площади основных и вспомогательных помещений должны определяться заданием на проектирование в соответствии с требованиями действующих нормативных документов, профилем и уровнем лечебного учреждения.

Площадь основных помещений палатных отделений следует принимать согласно Приложению 1 и Приложению 2 настоящих санитарных правил.

В больницах, родильных домах и других стационарах, являющихся учебными базами медицинских вузов, колледжей и училищ, институтов последипломного образования медицинских кадров, а также научными базами научно-исследовательских институтов системы здравоохранения, необходимо дополнительно предусмотреть учебные помещения для студентов и курсантов, кабинеты для преподавателей, вспомогательные помещения (раздевалки, туалеты, кладовые и др.), в подразделений лечебного учреждения.

3.5. Ориентацию окон помещений по странам света следует принимать в соответствии с таблицей 1.

Таблица 1

Помещения	Географическая широта Таджикистана 38 ⁰ северной широты, 68 ⁰ восточной долготы
Операционные, реанимационные залы, секционные, родовые	Север, Север-Восток, Север - Запад
Лаборатории для бактериологических исследований, для приема инфекционного материала и его разбора, вскрывочные	Север, Север-Восток, Север - Запад, Юг-Восток, Восток
Палаты туберкулезных и инфекционных больных	Юг, Юг-Восток, Восток, Север-Восток*, Север-Запад*
Палаты интенсивной терапии, детских отделений до 3 лет, комнаты игр в детских отделениях	Не допускается на запад, для палат интенсивной терапии – на запад и юго-запад

* Допускается не более 10% общего числа коек в отделении.

При планировке зданий не допускается размещение под окнами палат помещений травматологических пунктов, приемно-смотровых боксов, входов в приемное отделение, тарных, загрузочных, экспедиционных и других помещений, к которым имеется подъезд автомашин.

3.6. В цокольных этажах зданий не допускается размещать палатные отделения для больных, кабинеты электросвечения, родовых, операционных, рентгеновских кабинетов, процедурных и кабинетов врачей, а также мастерских, складов ядовитых, сильнодействующих, легковоспламеняющихся и горючих жидкостей, приемных отделений.

Подвальные и цокольные этажи используются в соответствии с требованиями строительных норм и правил для общественных зданий и сооружений.

3.7. Оборудование, являющееся источником шума и вибрации, не допускается размещать вблизи палат для больных, лечебно-диагностических и процедурных

кабинетов. Уровни звукового давления, вибрации не должны превышать допустимые уровни, установленные санитарными правилами.

3.8. Размещение рентгеновских кабинетов, помещений, связанных с работой с радиоактивными веществами, осуществляется в соответствии с гигиеническими требованиями устройства и эксплуатации рентгеновских кабинетов, аппаратов и проведения рентгенологических исследований, а также других действующих нормативных документов.

3.9. Процедурные рентгеновских кабинетов, кабинетов и помещений отделений лучевой терапии, в которых находятся источники ионизирующих излучений, помещения лабораторий радиоизотопной диагностики, где ведутся работы 1 и 2 классов, не допускается размещать смежно (по горизонтали и вертикали) с палатами беременных и детей.

3.9.1. Вход в отделение рентгенологии для пациентов больниц и посетителей центров здоровья должен быть отдельным, если отделение совместное.

3.9.2. Мобильная рентгенологическая аппаратура в отделениях должна содержаться в специально выделенных местах. После проведения обследования аппаратура должна быть возвращена на место и должна содержаться в чистоте и безопасности. Медицинская сестра и старшая медицинская сестра отделения ответственны за хранение, безопасность и использование мобильного рентген аппарата. Рентгеновское отделение не должно быть проходным.

3.10. Операционные блоки могут размещаться в изолированном здании, пристройке-блоке или изолированных секциях в составе корпуса. При размещении операционного блока вне других лечебных корпусов необходимо предусмотреть удобные утепленные переходы, соединяющие операционный блок с другими лечебно-диагностическими и клиническими подразделениями. Операционные для неотложной хирургии размещаются в составе приемных отделений, родильных залов, детской и взрослой реанимации.

Отделения в операционных блоках не должны быть проходными.

Ориентация окон операционных должна исключать юг, юго-восток, юго-запад.

Входы в операционные блоки - для персонала должны быть организованы через санпропускники, а для больных - через шлюзы.

3.10.1. В больницах предусматриваются хирургические блоки с выделением обязательных участков для соматических палат.

3.10.2. В хирургических блоках необходимо четко разграничить зоны: зона неограниченного доступа - это зона основного входа из коридора. Через эту зону медработники, пациенты и материалы входят в отделение. Переходная зона (транзиторная зона) – состоит из раздевалок и шкафчиков и проход может осуществляться из неограниченной зоны в полуограниченную или в ограниченную. Полуограниченная зона - это место хранения стерильных или глубоко дезинфицированных предметов, а также коридоры идущие в ограниченную область. Зона ограниченного доступа – это операционная и зона для хирургического мытья рук. Рабочая зона – это зона для обработки и хранения уборочного инвентаря. Все эти участки должны быть предусмотрены с достаточным количеством помещений, соответствующим уровню оказания помощи и оснащения (не менее 3

кабинетов). Так же должны быть предусмотрены душевые, туалеты и раздевалки.

Душевые устанавливаются из расчета 1 кабина на 2-4 операционные.

3.10.3. Потоки в операционном блоке должны быть разделены:

- "зона ограниченного доступа" – ограниченный доступ и двери должны быть постоянно закрыты за исключением прохождения уполномоченных лиц, больных, аппаратуры и инвентаря.

- "зона полуограниченного доступа" – ограниченный доступ за исключением уполномоченных медработников и пациентов.

- "переходная (транзиторная) зона" – доступ только для уполномоченных мед работников.

- "Зона неограниченного доступа" – допускается посещение ограниченного числа, проход уполномоченного персонала в транзиторную зону, а также консультантов, студентов обучающихся на базе (не более 6 человек).

3.11. В отделении реанимации и анестезиологии должен быть изолятор.

3.12. В лечебных учреждениях предусматриваются отделения функциональной диагностики, площадь и состав помещений которых определяется заданием на проектирование в зависимости от количества исследований производимых в день. В учреждениях на 400 и более коек следует предусматривать два отделения функциональной диагностики: одно отделение для приема больных стационара, другое отделение для приема посетителей поликлинического отделения.

3.12.1. Помещения микробиологической лаборатории должны быть изолированы от остальных помещений лабораторий. Вход в микробиологическое отделение для посетителей должен быть снаружи.

3.13. Отделение для переливания крови следует размещать желательнее на первом этаже. Состав и площадь помещений определяется заданием на проектирование.

3.14. В родовспомогательных лечебных учреждениях как самостоятельных, так и в составе многопрофильных больниц архитектурно-планировочные решения должны обеспечить четкое зонирование отделений, упорядочение внутрибольничных потоков, оптимальные условия работы персонала, и оказания неотложной акушерской помощи.

3.14.1. Приемное отделение должно иметь оснащение для приема, оказания неотложной помощи, санпропускник для переодевания пациентов, их сопровождающих, работников, место для хранения верхней одежды пациентов и сопровождающих, туалеты и душевые из расчета 1 на 5 пациентов.

3.14.2. Меры предосторожности, основанные на способе передачи инфекции изоляторы - необходимы по отношению к пациентам, у которых выявлены или подозреваются возбудители инфекций, передаваемых в целом или частично воздушным, капельным или контактным путем.

3.14.3. Изоляторы должны быть размещены в отдельных комнатах. В изоляторах с воздушным способом передачи вентиляция должна быть изнутри наружу (с отрицательным давлением воздуха).

Изоляторы должны быть размещены на 1 этаже и смещены относительно основного здания и иметь отдельный вход и выход..

3.14.4. Изоляторы должны иметь отдельную душевую, отдельный вход для сотрудников и шлюз со стороны отделения.

3.15. Инфекционные отделения следует размещать в отдельно стоящем здании.

В инфекционных отделениях входы, лестничные клетки и лифты должны быть раздельными для приема и выписки больных.

3.15.1. В инфекционных отделениях для приема больных следует предусмотреть приемно-смотровые боксы, количество которых определяется в зависимости от количества коек в отделении: до 60 коек - 2 бокса; 60 - 100 коек - 3 бокса; свыше 100 коек - 3% от числа коек.

Процентное соотношение коек в боксах, полубоксах и палатах инфекционных отделений следует принимать по таблице 2

Таблица 2

Количество коек в отделении	Боксы		Полубоксы		Палаты
	на 1 койку	на 2 койки	на 1 койку	на 2 койки	
От 25 до 30	50	50	-	-	-
30-60	25	25	15	35	-
60-100	15	25	4	16	40
Более 100: для взрослых для детей	4	8	6	12	70
	10	10	15	25	40

3.15.2. В составе боксов и полубоксов предусматривается: санитарный узел, состоящий из туалета и ванной, палату и шлюз между палатой и коридором. Кроме того, бокс должен иметь тамбур с выходом наружу.

3.15.3. В инфекционных отделениях в стенах и перегородках, отделяющих детские палаты от коридоров, а также в стенах и перегородках между палатами для детей в возрасте до 7 лет следует предусматривать остекленные проемы, размеры которых определяются заданием на проектирование; при палатах следует предусматривать шлюзы с туалетами.

В боксах, полубоксах и палатах следует предусматривать окна для передачи пищи, лекарственных средств и белья.

3.16. В неинфекционных отделениях для приема больных детей следует предусмотреть боксы и приемно-смотровые боксы. Количество боксов должно быть равно 5%, а количество приемно-смотровых боксов - 3% количества коек в детском отделении. Боксы устраиваются согласно п. 3.15.2.

3.17. Площадь палат лечебных учреждений следует принимать в соответствии с Приложением 1.

3.17.1. Палатная секция должна быть непроходной. При входе в палатную секцию следует предусмотреть шлюз. Количество коек в палатной секции определяется заданием на проектирование.

3.17.2. Вместимость палат для детей старше 1 года и взрослых должна быть не более 4 коек. Вместимость палат для детей до 1 года, должна быть не более чем на 2 койки.

3.17.3. В детских отделениях для детей до 1 года следует предусмотреть отсеки на 8 коек.

3.18. В отделениях с двумя палатными секциями предусматривается не менее 2 процедурных.

В инфекционных отделениях, состоящих из боксов, процедурные должны иметь наружный выход и шлюз при входе из коридора.

3.19. Количество посадочных мест в столовых следует принимать в лечебных учреждениях (отделениях) туберкулезных, восстановительного лечения, психиатрических, кожно-венерологических, а также послеродовых равным 80%, а в остальных лечебных учреждениях (отделениях) - 60% количества коек в секции.

Допускается предусматривать 1 столовую на две секции палатного отделения, а в туберкулезных больницах - 1 столовую для всех палатных отделений корпуса. В детских отделениях столовую следует предусматривать для детей старше трех лет.

3.20. В палатных секциях для детей старше 1 года следует предусматривать 2 ванны в ванной комнате; для детей до 1 года ванны следует предусматривать в палатах или помещении дежурной медицинской сестры.

3.21. Архитектурно-планировочные решения дневного стационара и его кабинетов и помещений должны обеспечивать оптимальные санитарно-гигиенические и противоэпидемические режимы и условия пребывания больных и обслуживающего персонала.

3.21.1. Вместимость палат дневного пребывания должна быть не более 4-х коек.

3.21.2. Состав помещений дневного стационара определяется с учетом профиля коек, мощности дневного стационара и местных условий.

Состав и минимальные площади помещений дневного стационара приведены в Приложении 3 и Приложении 4.

3.21.3. Состав помещений дневного стационара определяется с учетом использования аналогичных помещений других подразделений лечебно-профилактического учреждения и местными условиями.

3.21.4. Дневные стационары хосписов могут иметь нетрадиционное устройство. Палаты в них могут отсутствовать. Для встреч и общений больных и их родственников друг с другом и с медицинским персоналом предусматривается помещение дневного пребывания.

3.22. Состав помещений и площади отделения восстановительного лечения для больных стационаров определяется заданием на проектирование на основании расчетного количества процедур:

- физиотерапевтические процедуры (электросветолечение, теплолечение, грязеводолечение и др.);

- массаж, лечебная физическая культура (в том числе бассейны, ванны для лечения движением в воде), трудо- и механотерапия и др.

3.22.1. Отделение восстановительного лечения может быть общим и для посетителей поликлинического отделения и дневных стационаров.

Входы для больных стационаров и посетителей поликлинического отделения, дневных стационаров в отделение восстановительного лечения должны быть отдельными.

3.22.2. Установку и эксплуатацию аппаратуры, являющейся источником электромагнитных полей (ЭМП), производить в соответствии с санитарными правилами по электромагнитным полям в производственных условиях.

3.22.3. В составе солярия, предназначенного для искусственного ультрафиолетового облучения людей, следует предусматривать раздевальные и душевые. При солярии организуется пост медицинской сестры (оператора).

3.22.4. Физиотерапевтическая аппаратура устанавливается в изолированных кабинках, каркасы которых выполняются из пластмассовых или деревянных стоек либо из металлических (никелированных) труб, свободных от заземления (изоляция от стен и пола).

3.22.5. В кабине допускается размещение не более одного аппарата. Кабина должна иметь следующие размеры: высота стоек - 2,0 м, длина - 2,2 м, ширина - 1,8 м. При использовании аппаратов индуктотермии, микроволновой терапии, УВЧ-генераторов мощностью более 200 Вт ширина кабины принимается не менее 2 м.

3.22.6. Аппараты для проведения УВЧ и СВЧ-терапии с дистанционным, в том числе и с универсальным расположением конденсаторных пластин излучателей ("Экран 1", "Экран 2", "Импульс 3", "Волна 2", "Луч 58" и др.) требуют организации специально выделенных помещений либо кабин, экранированных тканью с микропроводом.

3.22.7. Лазерные установки 3 и 4 класса опасности должны размещаться в отдельных помещениях. Стены должны изготавливаться из негорючих материалов с матовой поверхностью. Двери помещений должны закрываться на внутренние замки с блокирующими устройствами, исключающими доступ в помещение во время работы лазеров. На двери должен быть знак лазерной опасности и автоматически включающееся световое табло "Опасно, работает лазер!".

Лазерные установки 1 и 2 класса опасности разрешается размещать в общих помещениях.

3.22.8. В лечебных учреждениях, в том числе в дневных стационарах при наличии санитарно-эпидемиологического заключения, допускается установка источников ионизирующего излучения - маммографа, ортопантомографа, радиовизиографа. Площадь и набор помещений соответствующих рентгенодиагностических кабинетов, а также гигиенические требования к их устройству и эксплуатации следует принимать в соответствии с действующими нормативными документами.

3.23. Патологоанатомические отделения следует размещать, как правило, в отдельном здании. Допускается пристраивать патологоанатомические корпуса к зданиям, располагаемым в хозяйственной зоне, исключая здания приготовления пищи.

3.23.1. Состав и площадь патологоанатомического отделения определяется заданием на проектирование. Помещения для вскрытия инфицированных трупов должны быть изолированными и иметь отдельный вход снаружи.

3.24. В лечебных учреждениях следует предусматривать центральные стерилизационные отделения (ЦСО), площадь и состав которых определяется количеством коек обслуживающих стационаров в соответствии с нормативными документами.

3.24.1. Все помещения ЦСО должны быть разделены на 3 зоны:

1. грязную зону, где проводится обеззараживание и чистка (ручная или машинная).

2. чистую зону, где проводится технический контроль, при необходимости ремонт, профилактическое обслуживание, функциональный тест/монтаж, повторное очищение и упаковка. После упаковки передается в стерильную зону для стерилизации.

3. стерилизационную зону - стерильная половина стерилизационной это автоклавная, склад стерильных материалов, экспедиция.

Все остальные помещения относятся к нестерильной зоне.

3.24.2. Необходимо предусмотреть зоны для обработки и хранения уборочного инвентаря и зону для переодевания персонала.

ЦСО должно иметь три независимых входа (для приема, выдачи и входа для работников ЦСО).

3.24.3. В ЦСО полы, стены должны быть сделаны из материала гладкой поверхностью (кафель и др), с адекватным дренажным соединением для сточных вод, должна быть снабжена проточной водой для мытья инструментов и отдельно для мытья рук.

3.24.4. Вентиляция и направление воздуха должно быть от чистой зоны к грязной зоне.

3.25. При проектировании прачечных при лечебных учреждениях производительность следует принимать из расчета стирки 2,3 кг сухого белья в сутки на 1 койку в стационаре и 0,4 кг сухого белья в сутки на одно посещение амбулаторно-поликлинического учреждения.

3.25.1. Прачечную необходимо разделить на грязную и чистую зоны.

3.25.2. Должен быть отдельный вход для грязного белья и отдельный выход для чистого белья.

3.25.3. Вентиляция и направление воздуха должно быть от чистой зоны к грязной зоне.

3.25.4. В каждой зоне должна быть раковина для мытья рук.

3.26. Межэтажные перекрытия, перегородки, стыки между ними и отверстия для прохождения инженерных коммуникаций и проводок должны обеспечивать непроницаемость для грызунов и насекомых.

3.27. В лечебных учреждениях предусматриваются отдельные туалеты для больных и персонала.

3.27.1. Размеры кабин для больных должны быть 1,1 x 1,6 м при открывании дверей наружу. При туалетах должны быть умывальники.

3.27.2. Количество санитарных приборов (краны, раковины, ванны, унитазы, писсуары и др.) для больных в палатных отделениях соматических больниц, если они не предусмотрены при палатах, следует принимать из расчета 1 прибор на 10 человек в мужских санузлах и на 8 человек - в женских. Количество писсуаров в мужских санузлах должно быть равно количеству унитазов.

3.27.3. В санузлах палатных секций должна быть оборудована место для гигиены душем.

3.27.4. Должны быть созданы условия для пациентов с ограниченными возможностями: специальные подъезды для инвалидных колясок и поручни.

3.27.5. В санитарно-бытовых помещениях для обслуживающего персонала следует принимать:

количество душевых кабин - из расчета: не менее 1 душевой кабины на 10 человек в инфекционных отделениях, а в остальных отделениях - не менее 1 душевой кабины на 15 человек, работающих в наибольшей смене среднего и младшего персонала. При меньшем числе персонала следует предусматривать 1 душевую кабину на отделение.

3.28. Систему сбора, хранения и удаления отходов и мусора из зданий и территорий лечебных учреждений следует определять заданием на проектирование в соответствии с требованиями санитарных правил и другими действующими нормативными документами.

3.29. Пищеблок лечебного учреждения следует размещать в отдельно стоящем здании, который может соединяться транспортными тоннелями с палатными отделениями, кроме инфекционных отделений. Пищеблок должен отвечать требованиям санитарных правил для предприятий общественного питания.

IV. Требования к внутренней отделке помещений

4.1. Для внутренней отделки помещений, воздуховодов, вентиляционных систем и фильтров используются материалы в соответствии с их функциональным назначением и разрешенные для применения в лечебных учреждениях в установленном порядке.

4.2. Поверхность стен, полов и потолков помещений должна быть гладкой, легкодоступной для влажной уборки и устойчивой при использовании моющих и дезинфицирующих средств, разрешенных к применению в установленном порядке.

4.3. Стены палат, кабинетов врачей, холлов, вестибюлей, столовых, физиотерапевтических и других лечебно-диагностических кабинетов с сухим режимом рекомендуется окрашивать силикатными красками (при необходимости - в сочетании с масляными красками). Для окраски потолков может применяться известковая или водоэмульсионная побелка. Полы должны

обладать повышенными теплоизоляционными свойствами (паркет, паркетная доска, деревянные полы, окрашенные масляной краской, линолеум).

В вестибюлях полы должны быть устойчивы к механическому воздействию (мраморная крошка, мрамор, мозаичные полы и т.д.).

4.4. В помещениях с влажным режимом работы и подвергающихся влажной текущей дезинфекции (операционные, перевязочные, родовые, предоперационные, наркозные, процедурные и др. аналогичные помещения, а также ванны, душевые, санитарные узлы, клизменные, помещения для хранения и разборки грязного белья и др.) стены следует облицовывать глазурованной плиткой и/или другими влагостойкими материалами на высоту помещения. Для покрытия пола следует применять водонепроницаемые материалы.

Полы в операционных, наркозных, родовых и других аналогичных помещениях должны быть антистатические.

Покрытия пола в лечебных учреждениях не должны иметь дефектов (щелей, трещин, дыр и др.), должны быть гладкими, плотно пригнанными к основанию, быть устойчивыми к действию моющих и дезинфицирующих средств. При использовании линолеумных покрытий края линолеума у стен должны быть подведены под плинтуса, которые должны быть плотно закреплены между стеной и полом. Швы, примыкающих друг к другу листов линолеума, должны быть тщательно пропаяны.

Потолки в помещениях с влажным режимом должны окрашиваться водостойкими красками или выполняться другими влагостойкими материалами.

4.5. В местах установки раковин и других санитарных приборов, а также оборудования, эксплуатация которого связана с возможным увлажнением стен и перегородок, следует предусматривать отделку последних глазурованной плиткой или другими влагостойкими материалами на высоту 1,6 м от пола и на ширину более 20 см от оборудования и приборов с каждой стороны.

4.6. Применение подвесных потолков различных конструкций разрешается в помещениях, не требующих соблюдения особого противоэпидемического режима, асептики и антисептики: вестибюлях, коридорах, холлах и других подсобных помещениях. Допускается применение подвесных потолков в операционных, родовых, перевязочных, процедурных, палатах и аналогичных помещениях, при этом конструкции и материалы подвесных потолков должны обеспечивать герметичность, гладкость поверхности и возможность проведения их влажной очистки и дезинфекции.

4.7. Наружная и внутренняя поверхность медицинской мебели должна быть гладкой и выполнена из материалов, устойчивых к воздействию моющих, дезинфицирующих и медикаментозных средств.

V. Требования к водоснабжению и канализации

5.1. Все вновь строящиеся, реконструируемые и действующие лечебные учреждения, в том числе и дневные стационары, должны быть оборудованы

водопроводом, канализацией, централизованным горячим водоснабжением. Качество воды для хозяйственно-питьевого назначения должно соответствовать требованиям санитарных правил.

При наличии собственного источника водоснабжения водопотребление лечебным учреждением возможно при наличии санитарно-эпидемиологического заключения на данный источник.

5.2. В каждом лечебном учреждении расчет медицинских отходов проводится в зависимости от койко/дней: для всех типов отходов 1,8-2,2 кг/койка, хозяйственные отходы 1,44-1,76 кг/койка, инфекционные патологические отходы 0,27-0,33 кг/койка, остроконечные отходы 0,018-0,022 кг/койка, химические фармацевтические отходы 0,054-0,066 кг/койка. Разрабатывается и утверждается система сбора, временного хранения и удаления отходов различных классов опасности в соответствии с требованиями действующих нормативных документов, в связи с чем учреждение должно быть обеспечено необходимым количеством технологического оборудования (стоек-тележек, транспортных внутрикорпусных тележек, герметизаторов и др.), одноразовой упаковочной тары и транспортных контейнеров.

5.3. Очистка и обеззараживание сточных вод от лечебных учреждений должна осуществляться на общегородских или других канализационных очистных сооружениях, гарантирующих эффективную очистку и обеззараживание сточных вод. При отсутствии общегородских или других очистных сооружений сточные воды лечебных учреждений должны подвергаться полной биологической очистке и обеззараживанию на локальных сооружениях.

5.3.1. Сточные воды инфекционных лечебных учреждений (отделений) перед сбросом в наружную канализацию должны быть обеззаражены.

5.3.2. В помещениях для приготовления гипса следует предусмотреть под умывальником установку гипсоотстойника.

5.3.3. Отвод сточных вод из помещений грязевых процедур, грязевой кухни и других помещений грязелечебницы должен осуществляться через специальные трапы в сборный грязеотстойник.

5.3.4. Для очистки производственных сточных вод из здания пищеблока в больницах на 1000 коек и более следует предусмотреть установку (вне здания) жиросушителей.

5.4. Для вновь строящихся и реконструируемых лечебных учреждений на случай выхода из строя или проведения профилактического ремонта системы горячего водоснабжения должно быть предусмотрено резервное горячее водоснабжение. Для существующих учреждений - в качестве резервного источника устанавливаются электроводонагревательные устройства непрерывного действия в санпропускниках, предоперационных и родовых залах, процедурных, перевязочных, отделениях новорожденных и детей до 1 года, ваннах, санитарных комнатах, моечных, буфетах, буфетах-раздаточных, пищеблоках и других функциональных помещениях, требующих соблюдения особого противоэпидемического режима.

5.5. В палатах для больных (в том числе в детских палатах и палатах новорожденных), врачебных кабинетах, комнатах и кабинетах персонала, в

туалетах, в шлюзах боксов и полубоксов, в материнских комнатах при детских отделениях, процедурных, перевязочных и вспомогательных помещениях должны быть установлены умывальники с подводкой горячей и холодной воды, оборудованные смесителями. Температура горячей воды в разводящей сети детских и психиатрических палат не должна превышать 37°C.

5.6. Предоперационные, перевязочные, родовые залы, реанимационные, процедурные кабинеты, посты медсестер при палатах новорожденных и другие помещения, требующие соблюдения особого режима и чистоты рук обслуживающего медперсонала, следует оборудовать умывальниками с установкой локтевых кранов со смесителями, а также дозаторами (локтевыми) с жидким (антисептическим) мылом и растворами антисептиков.

В инфекционных, туберкулезных, кожно-венерологических, гнойно-септических, ожоговых, гематологических отделениях, клиничко-диагностических и бактериологических лабораториях необходимо устанавливать умывальники с локтевыми кранами и дозаторы с жидким (антисептическим) мылом и растворами антисептиков в шлюзах боксов, полубоксов и санузлах для персонала.

Все санузлы обеспечиваются одноразовыми х/б полотенцами, бумажными и педальными спусками для смывных бачков.

5.7. В палатах новорожденных устанавливаются раковины с широкой чашей и со смесителями с локтевыми дозаторами.

Примечание: В случае отсутствия в учреждении здравоохранения централизованного оснащения чистой водой отделения, кабинеты и другие пункты, где необходимо использование воды, должны быть обеспечены ручномойниками, продающимися в магазинах и рынках. Также должны быть обеспечены чистыми емкостями, отвечающими санитарным нормам для сбора и хранения чистой воды.

VI. Требования к отоплению, вентиляции, микроклимату и воздушной среде помещений

6.1. Системы отопления, вентиляции и кондиционирования воздуха должны обеспечивать оптимальные условия микроклимата и воздушной среды помещений лечебных учреждений.

6.2. Расчетную температуру, кратность воздухообмена, категорию по чистоте помещения лечебных учреждений, в т.ч. в дневных стационарах, следует принимать в соответствии с Приложением 5.

6.3. Нагревательные приборы должны иметь гладкую поверхность, допускающую легкую очистку, их следует размещать у наружных стен, под окнами, без ограждений. Не допускается расположение в палатах нагревательных приборов у внутренних стен.

6.3.1. В операционных, предоперационных, реанимационных залах, наркозных, родовых, электросвечения и помещениях психиатрических отделений, а также в палатах интенсивной терапии и послеоперационных палатах в качестве нагревательных приборов следует применять нагревательные приборы с

гладкой поверхностью, устойчивой к ежедневному воздействию моющих и дезинфицирующих растворов, исключая адсорбирование пыли и скопление микроорганизмов.

6.3.2. При устройстве ограждений отопительных приборов в административно-хозяйственных помещениях, в детских больницах используется материал, разрешенный для применения в установленном порядке. При этом должен быть обеспечен свободный доступ для текущей эксплуатации и уборки отопительных приборов.

6.4. В качестве теплоносителя в системах центрального отопления больниц и родильных домов используется вода с предельной температурой в нагревательных приборах 85°C. Использование других жидкостей и растворов (антифриза и др.) в качестве теплоносителя в системах отопления лечебных учреждений не допускается.

6.5. Здания лечебных учреждений должны быть оборудованы системами приточно-вытяжной вентиляции с механическим побуждением и естественной вытяжной без механического побуждения.

6.5.1. В инфекционных отделениях, вытяжная вентиляция с механическим побуждением устраивается посредством индивидуальных каналов в каждом боксе и полубоксе, которые должны быть оборудованы устройствами обеззараживания воздуха.

При отсутствии в инфекционных отделениях приточно-вытяжной вентиляции с механическим побуждением, должна быть оборудована естественная вентиляция с обязательным оснащением каждого бокса и полубокса устройством обеззараживания воздуха рециркуляционного типа, обеспечивающая эффективность инактивации микроорганизмов и вирусов не менее 95%.

6.5.2. В отделении централизованной стерилизационной, прачечной направление воздуха системы вентиляции должно быть предусмотрено от чистой зоны к грязной.

6.5.3. Проектирование и эксплуатация вентиляционных систем должны исключать перетекание воздушных масс из "грязных" зон в "чистые" помещения.

6.7. Помещения лечебных учреждений, кроме операционных, помимо приточно-вытяжной вентиляции с механическим побуждением, оборудуются естественной вентиляцией (форточки, откидные фрамуги и др.), оборудованные системой фиксации.

6.8. Забор наружного воздуха для систем вентиляции и кондиционирования производится из чистой зоны на высоте не менее 2 м от поверхности земли. Наружный воздух, подаваемый приточными установками, подлежит очистке фильтрами грубой и тонкой структуры в соответствии с действующей нормативной документацией.

6.8.1. По возможности воздух, подаваемый в операционные, наркозные, родовые, реанимационные, послеоперационные палаты, палаты интенсивной терапии, а также в палаты для больных с ожогами кожи, больных СПИДом и других аналогичных лечебных помещениях должен обрабатываться

устройствами обеззараживания воздуха, обеспечивающими эффективность инактивации микроорганизмов и вирусов, находящихся в обрабатываемом воздухе не менее 95% (фильтры высокой эффективности).

6.9. Помещения операционных, палат интенсивной терапии, реанимации, родовых, процедурных и других помещений в которых сопровождается выделением в воздух вредных веществ, должны быть оборудованы, местными отсосами или вытяжными шкафами.

6.10. Содержание лекарственных средств в воздухе операционных, родовых палат, палат интенсивной терапии, реанимации, процедурных, перевязочных и других аналогичных помещений лечебных учреждений не должны превышать предельно-допустимые концентрации, приведенные в Приложении 6.

6.10.1. Уровни бактериальной обсемененности воздушной среды помещений, в зависимости от их функционального назначения и класса чистоты, не должны превышать допустимых, приведенных в Приложении 7.

6.11. Кондиционирование воздуха следует предусматривать в операционных, наркозных, родовых, послеоперационных палатах, палатах интенсивной терапии, онкогематологических больных, больных СПИДом, с ожогами кожи, реанимационных, а также в палатах для новорожденных детей, грудных, недоношенных, травмированных детей и других аналогичных лечебных помещениях

В палатах, которые полностью оборудуются кюветами, кондиционирование не предусматривается.

6.12. Воздуховоды систем приточной вентиляции (кондиционирования воздуха) после фильтров высокой эффективности предусматриваются из нержавеющей стали.

6.13. Применение сплит-систем допускается при наличии фильтров высокой эффективности только при соблюдении правил регламентных работ. Сплит-системы, устанавливаемые в учреждении, должны иметь положительное санитарно-эпидемиологическое заключение, выданное в установленном порядке.

6.14. Кратность воздухообмена выбирается исходя из расчетов обеспечения заданной чистоты и поддержания газового состава воздуха. Относительная влажность воздуха должна быть не более 60%, скорость движения воздуха - не более 0,15 м/сек.

6.15. Воздуховоды, воздухораздающие и воздухоприемные решетки, венткамеры, вентустановки и другие устройства должны содержаться в чистоте, не должны иметь механических повреждений, следов коррозии, нарушения герметичности.

6.16. Вентиляторы и электродвигатели не должны создавать посторонних шумов.

6.17. Замена фильтров производится по мере их загрязнения, но не реже рекомендации завода изготовителя.

6.18. Общеобменные приточно-вытяжные и местные вытяжные установки должны включаться за 5 минут до начала работы и выключаться через 5 минут

после окончания работы (кроме отделений где требуется неотложная помощь, установка должна работать круглосуточно)

6.19. В операционных и предоперационных вначале включаются приточные вентиляционные системы, затем вытяжные, или одновременно приточные и вытяжные.

6.20. Во все помещения воздух подается в верхнюю зону помещения. В стерильные помещения воздух подается ламинарными или слаботурбулентными струями (скорость воздуха $\leq 0,15$ м/сек).

6.21. Воздуховоды приточно-вытяжной вентиляции (кондиционирования) должны иметь внутреннюю поверхность, исключающую вынос в помещения частиц материала воздуховода или защитного покрытия. Внутреннее покрытие должно быть несорбирующим.

6.22. Для размещения оборудования систем вентиляции следует выделить специальные помещения, раздельные для приточных и вытяжных систем и не примыкающих по вертикали и горизонтали к кабинетам врачей, операционным, палатам и другим помещениям постоянного пребывания людей.

6.23. В помещениях для вытяжных систем следует предусматривать вытяжную вентиляцию с однократным воздухообменом в 1 час, для приточных систем - приточную вентиляцию с двукратным воздухообменом.

6.24. Помещения вентиляционного оборудования следует использовать только по прямому назначению.

6.25. В помещениях, к которым предъявляются требования асептических условий, предусматривается скрытая прокладка воздуховодов, трубопроводов, арматуры. В остальных помещениях возможно размещение воздуховодов в закрытых коробах.

6.26. Допускается естественная вытяжная вентиляция для отдельно стоящих зданий высотой не более 3-х этажей (в приемных отделениях, палатных корпусах, отделениях водолечения, инфекционных корпусах и отделениях). При этом приточная вентиляция предусматривается с механическим побуждением и подачей воздуха в коридор.

6.27. Вытяжная вентиляция с механическим побуждением без устройства организованного притока предусматривается из помещений: автоклавных, моек, душевых, уборных, санитарных комнат, помещений для грязного белья, временного хранения отходов и кладовых для хранения дезинфекционных средств.

6.28. Воздухообмен в палатах и отделениях должен быть организован так, чтобы максимально ограничить перетекание воздуха между палатными отделениями, между палатами, между смежными этажами.

6.29. Количество приточного воздуха в палату должно составлять $80 \text{ м}^3/\text{час}$ на 1 больного.

6.30. Для создания изолированного воздушного режима палат их следует проектировать со шлюзом, имеющим сообщение с санузлом, с преобладанием вытяжки в последнем.

6.31. При входе в отделение должен быть оборудован шлюз с устройством в нем вытяжной вентиляции с самостоятельным каналом (от каждого шлюза).

6.32. Для исключения возможности поступления загрязненного воздуха из лестнично-лифтовых холлов в палатные отделения целесообразно устройство между ними переходной зоны с обеспечением в ней подпора воздуха.

6.33. Архитектурно-планировочные решения и системы воздухообмена стационара должны исключать перенос инфекций из палатных отделений и других помещений в операционный блок и другие помещения, требующие особой чистоты воздуха.

6.34. Для исключения возможности поступления воздушных масс из палатных отделений, лестнично-лифтового холлов и других помещений в операционный блок, необходимо устройство между указанными помещениями и операционным блоком шлюза с подпором воздуха.

6.35. Движение воздушных потоков должно быть обеспечено из операционных в прилегающие к ним помещения (предоперационные, наркозные и др.), а из этих помещений в коридор. В коридорах необходимо устройство вытяжной вентиляции.

6.36. Количество удаляемого воздуха из нижней зоны операционных должно составлять 60%, из верхней зоны - 40%. Подача свежего воздуха осуществляется через верхнюю зону, при этом приток должен преобладать над вытяжкой.

6.37. Необходимо предусматривать обособленные (изолированные) системы вентиляции и кондиционирования для операционных, родильных блоков, реанимационных, онкогематологических, ожоговых отделений, перевязочных, отдельных палатных секций, рентгеновских и других спецкабинетов.

6.38. Профилактический осмотр и ремонт систем вентиляции и кондиционирования воздуха воздуховодов должен проводиться согласно утвержденному графику, не реже 2 раз в год. Устранение текущих неисправностей, дефектов должно проводиться безотлагательно.

6.39. Администрацией лечебного учреждения организуется контроль за параметрами микроклимата и загрязненностью химическими веществами воздушной среды, работой вентиляционных систем и кратности воздухообмена в следующих помещениях:

- в основных функциональных помещениях операционных, послеоперационных, родовых, палатах интенсивной терапии, онкогематологических, ожоговых отделениях, ФТО, помещениях для хранения сильнодействующих и ядовитых веществ, аптечных складах, помещениях для приготовления лекарственных средств, лабораториях, отделении терапевтической стоматологии, специальных помещениях радиологических отделений и в других помещениях, в кабинетах, с использованием химических и других веществ и соединений, могущих оказывать вредное воздействие на здоровье человека - 1 раз в 3 месяца;
- инфекционных, бактериологических, вирусных лабораториях, рентгенкабинетах - 1 раз в 6 месяцев;
- в остальных помещениях - 1 раз в 12 месяцев.

6.40. Для обеззараживания воздуха и поверхностей помещений в лечебных учреждениях в отделениях трансплантации, онкогематологии должно

применяться ультрафиолетовое бактерицидное излучение с использованием бактерицидных облучателей, разрешенных к применению в установленном порядке.

6.40.1. Методы применения ультрафиолетового бактерицидного излучения, правила эксплуатации и безопасности бактерицидных установок (облучателей) должны соответствовать гигиеническим требованиям и инструкциям по применению ультрафиолетовых лучей.

VII. Гигиенические требования к естественному и искусственному освещению

7.1. Помещения лечебных учреждений должны иметь естественное освещение. Освещение вторым светом или только искусственное освещение допускается в помещениях кладовых, санитарных узлов при палатах, гигиенических ванн, клизмённых, комнат личной гигиены, душевых и гардеробных для персонала, термостатных, микробиологических боксов, предоперационных и операционных, аппаратных, наркозных, фотолабораторий и некоторых других помещений, технология и правила эксплуатации которых не требуют естественного освещения.

7.1.1. При проектировании, строительстве, реконструкции и в функционирующих лечебных учреждениях уровень естественного и искусственного освещения должен соответствовать санитарным правилам и нормам для общественных зданий (Приложение 8).

7.2. Коридоры палатных секций (отделений) должны иметь естественное освещение, осуществляемое через окна в торцовых стенах зданий и в световых карманах (холлах). Расстояние между световыми карманами не должно превышать 24 м и до кармана не более 36 м. Коридоры лечебно-диагностических и вспомогательных подразделений должны иметь торцевое или боковое освещение.

7.3. Продолжительность инсоляции должна приниматься с учетом гигиенических требований к инсоляции и солнцезащите помещений жилых и общественных зданий и территорий.

7.4. Для защиты от слепящего действия солнечных лучей и перегрева в лечебных учреждениях окна, ориентированные на южные румбы горизонта, оборудуются солнцезащитными устройствами (козырьки, жалюзи и др.).

7.5. Искусственная освещенность (общая и местная), источник света, тип лампы принимаются в соответствии с действующими нормативными документами.

7.6. Светильники общего освещения помещений, размещаемые на потолках, должны быть со сплошными (закрытыми) рассеивателями.

7.7. Для освещения палат (кроме детских и психиатрических отделений) следует применять настенные комбинированные светильники (общего и местного освещения), устанавливаемые у каждой койки на высоте 1,7 м от уровня пола.

7.8. В каждой палате, кроме того, должен быть специальный светильник ночного освещения, установленный около двери на высоте 0,3 м от пола (в

детских и психиатрических отделениях светильники ночного освещения палат устанавливаются над дверными проемами на высоте 2,2 м от уровня пола).

7.9. Во врачебных смотровых кабинетах необходимо устанавливать настенные или переносные светильники для осмотра больного.

VIII. Требования к инвентарю и технологическому оборудованию

8.1. В палатах количество больничных коек должно быть установлено в строгом соответствии с гигиеническими нормативами, но не более 4 коек. Койки в палатах следует размещать рядами параллельно стенам с окнами. Расстояние от коек до стен с окнами должно быть не менее 0,9 м. Расстояние между торцами коек в четырехкочных палатах, а также между торцами коек и стеной в 2 - 3-кочных палатах должно быть не менее 1,2 м.

Расстояние между сторонами коек должно быть не менее 0,8 м, а в детских палатах и палатах восстановительного лечения - не менее 1,2 м.

8.1.1. В палатах должны быть установлены тумбочки и стулья по числу коек.

8.2. Каждое отделение должно быть оснащено средствами малой механизации (каталками, креслами-каталками, тележками для транспортировки лекарств, белья, пищи, отходов и т.д.) в необходимом количестве в зависимости от коечной вместимости и профиля отделения.

8.3. Кладовые для хранения белья в отделениях оборудуются полками с гигиеническим покрытием, доступным для влажной уборки и дезинфекции. Общие бельевые оборудуются стеллажами, а также столами для подборки и сортировки белья, а при необходимости - приемными люками для белья с пандусами или подъемными механизмами,

IX. Гигиенические требования к условиям труда медицинского персонала

9.1. В основных функциональных, производственных помещениях и на рабочих местах обслуживающего медицинского и другого персонала должны быть обеспечены гигиенические нормативы: микроклиматических параметров и воздушной среды (температура, влажность, скорость движения воздуха, химический и бактериологический состав) и др.

9.2. Расстановка медицинского и технического оборудования, его эксплуатация должны проводиться в соответствии с правилами охраны труда и возможностью его обработки.

9.3. В операционных, родильных блоках не допускается применение наркозных и других аппаратов без оборудования по удалению и поглощению поступающих в воздушное пространство с выдыхаемым воздухом паров веществ и средств для ингаляционного наркоза при помощи отводящих шлангов (воздухоотсосов) или поглощающих фильтров с активированным углем.

9.4. Не допускается использование наркозных и дыхательных аппаратов с нарушенной герметизацией системы подачи газов.

9.4.1. В процедурных, аэрозольно-ингаляционных кабинетах, перевязочных и стерилизационных отделениях должны быть предусмотрены вытяжные шкафы для выполнения манипуляций, связанных с применением высокоактивных медикаментов, с оборудованной раковиной и сливом в канализацию.

9.5. Санитарно-бытовые помещения для персонала лечебных учреждений должны быть оборудованы с соблюдением следующих требований:

а) количество шкафов в гардеробных следует принимать равным 100% списочного состава персонала;

б) площадь гардеробных уличной одежды следует принимать из расчета не менее 0,08 м² на 1 вешалку (крючок) гардеробной;

в) площадь гардеробных для домашней и рабочей одежды персонала следует принимать из расчета не менее 0,4 м² на 1 шкаф. Гардеробные должны быть обеспечены двустворчатыми закрывающимися вентилируемыми шкафами по числу работающих, обеспечивающими раздельное хранение личной (домашней) и рабочей (санитарной) одежды, обуви и головных уборов;

г) количество душевых кабин и санитарных приборов для персонала следует принимать в соответствии с п. 3.26. настоящих правил;

д) для работников должны быть предусмотрены помещения (комнаты) личной гигиены, имеющие в своем составе процедурные кабины, оборудованные гигиеническими душами с гибкими шлангами и смесителями горячей и холодной воды. Размер процедурной кабины должен быть не менее 1,8 x 1,2 м.

9.6. Для обеспечения персонала горячим питанием в лечебных учреждениях должны быть предусмотрены столовые или буфеты (в зависимости от количества работающих). Количество посадочных мест в столовых или буфетах следует предусматривать из расчета 10-12 мест на 100 работающих.

9.6.1. Состав и площади помещений столовых и буфетов следует принимать в соответствии с действующими строительными нормативами по проектированию предприятий общественного питания.

9.7. В каждом структурном подразделении должны быть предусмотрены комнаты для персонала площадью не менее 12 м², оборудованные холодильниками, электроводонагревательными устройствами, средствами для разогрева пищи и раковинами.

9.8. Администрация лечебного учреждения осуществляет комплекс мероприятий по улучшению условий труда в соответствии с законодательством Республики Таджикистан.

9.9. Персонал лечебных учреждений должен проходить предварительные при поступлении на работу и периодические медицинские осмотры и профилактические прививки в соответствии с законодательством Республики Таджикистан.

9.10. Требования к условиям труда персонала отдельных специализированных подразделений и кабинетов определяются специальными правилами по устройству и эксплуатации указанных подразделений и кабинетов.

X. Санитарное содержание помещений, оборудования, инвентаря

10.1. Все помещения, оборудование, медицинский и другой инвентарь должны содержаться в чистоте. Текущая влажная уборка помещения (полы, мебель, оборудование, подоконники, двери) должны производиться по мере их загрязнения с использованием моющих и дезинфекционных средств согласно принятым правилам.

10.1.1. Мытье окон должно проводиться в процедурных и хирургических зонах - это отделения реанимации, хирургии, перевязочной, родильном отделении –ежедневно). 10.1.2. Уборочный инвентарь (ведра, тазы, ветошь, швабры и др.) должен, использоваться строго по назначению, обрабатываться , мыться и храниться в выделенном помещении (в рабочей зоне) в сухом, чистом виде.

10.2. Генеральная уборка палат отделений реанимации, операционной, процедурной, перевязочной, родильной, должна производиться каждые 24 часа.

10.3. В основных помещениях лечебных учреждений следует ежегодно проводить косметический ремонт помещений. Устранение текущих дефектов (ликвидация протечек на потолках и стенах, следов сырости, плесени, заделка трещин, щелей, выбоин, восстановление отслоившейся облицовочной плитки, дефектов напольных покрытий и др.) должно проводиться незамедлительно.

10.4. В период проведения текущего или капитального ремонта функционирование помещений должно быть прекращено.

10.5. В лечебных учреждениях не должно быть синантропных членистоногих, крыс и мышевидных грызунов. Проведение профилактической обработки (дезинфекции, дезинсекции, дератизации) помещений против синантропных членистоногих, крыс и мышевидных грызунов должно осуществляться в соответствии с санитарными правилами организациями, аккредитованными на данный вид деятельности.

10.6. Изделия однократного применения утилизируют в установленном порядке.

10.7. Изделия медицинского назначения многократного применения подлежат обеззараживанию, мытью, техническому обслуживанию, сушке, упаковке, стерилизации, хранению.

10.8. Обеззараживание, предстерилизационная очистка. техническое обслуживание, сушка, упаковка, стерилизация и хранение проводятся в соответствии с требованиями нормативных документов, установленными Министерством здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

10.8.1. Очистление , мытье, техническое обслуживание, сушка и упаковка перед стерилизацией и стерилизация средств медицинского назначения обязательно должна проводиться в централизованном стерилизационном отделении медицинского учреждения второго и третьего уровня медицинской помощи, а на первичном уровне - в специально выделенных кабинетах.

10.9. Смена белья пациентов при загрязнении проводится регулярно, но не реже 1 раза в 5 дней. Белье, загрязненное выделениями меняется незамедлительно. Разрешается использование домашних простыни, пододеяльника, наволочки (новых или тщательно проглаженных).

10.10. Сбор грязного белья от больных в отделениях должен осуществляться в специальную плотную тару (клеенчатые или полиэтиленовые мешки, специально оборудованные бельевые тележки или другие аналогичные приспособления) и передаваться в центральную прачечную

10.10.1. Запрещается сортировка и стирка грязного белья в отделениях, кроме закрытой системы (машины автомат).

10.10.2. Контейнеры с грязным бельем для прачечной можно хранить в подсобном помещении для временного хранения в сухом и чистом помещении до начала работы прачечной. Необходимо в этом случае контейнер маркировать время и дата сбора грязного белья.

10.10.3. Для работы с грязным бельем персонал должен быть обеспечен средствами индивидуальной защиты.

10.11. Стирка больничного белья должна осуществляться в специальных прачечных или прачечной в составе лечебного учреждения. Режим стирки белья должен соответствовать действующим гигиеническим нормативам.

10.11.1. Процесс стирки – сортировка белья только в прачечной с использованием средств индивидуальной защиты.

10.11.2. Стирать при высокой температуре от 70 градусов, при сушке использовать горячую сушилку или сушить на солнце, если нет возможности - использовать глажку

10.11.3. Хранить белье в чистой зоне на стеллажах или шкафах.

10.12. Доставка чистого белья из прачечной и грязного белья в прачечную должна осуществляться в упакованном виде (в контейнерах) специально выделенным автотранспортом.

10.12.1. Перевозка грязного и чистого белья в одной и той же таре не допускается. Стирка тканевой тары (мешков) для транспортировки должна осуществляться одновременно с бельем.

10.13. Процессы, связанные с транспортировкой, погрузкой, разгрузкой белья, должны быть максимально механизированы.

10.14. После выписки (смерти) больного, а также по мере загрязнения, матрацы, подушки, одеяла должны подвергаться дезинфекционной камерной обработке. При отсутствии дезинфекционной камеры необходимо чтобы матрацы имели легко обрабатываемые чехлы (полиэтиленовые или клеенчатые). Для этого в учреждении должен быть обменный фонд постельных принадлежностей.

10.15. Сбор, временное хранение и утилизация отходов различных классов опасности в лечебных учреждениях осуществляются в соответствии с «Правилами сбора, хранения и утилизации отходов лечебно-профилактических учреждений».

10.16. Урны, установленные для сбора мусора у входов в здания, в местах отдыха и на территории (через каждые 50 м), должны очищаться от мусора ежедневно и содержаться в чистоте.

10.17. Контейнеры для сбора твердых бытовых отходов должны быть обеспечены крышками, регулярно очищаться и дезинфицироваться, мыться и высушиваться после каждого опорожнения, допускается использования для контейнеров (ведра, баки) полиэтиленовые мешки для мусора.

XI. Требования к правилам личной гигиены больных, медицинского и обслуживающего персонала лечебного учреждения

11.1. Во время поступления больного в медицинское учреждение больному по его желанию выдается комплект чистого нижнего белья, пижама, тапочки. Личная одежда и обувь больного для хранения укладывается в специальный мешок с вешалкой (полиэтиленовые мешки, покрывало из крепкой ткани и др.) или отдаются на руки родственникам (друзьям) больного. Разрешается пребывание больного в домашней чистой одежде.

11.2. В отделении больному выделяют по необходимости стакан (чашку, кружку), при необходимости - поильник, плевательницу, подкладное судно, а также предоставляется право взять в палату предметы личной гигиены.

11.3. Гигиеническая обработка больных должна осуществляться ежедневно. Гигиенический уход за тяжелобольными (умывание, протирание кожи лица, частей тела, полоскание полости рта и т.д.) проводится утром, а также после приема пищи и при загрязнении тела. Периодически должны быть организованы стрижка и бритье больных.

11.4. Медицинский персонал лечебных учреждений должен быть обеспечен комплектами сменной одежды: халатами, шапочками или косынками, масками, сменной обувью (тапочками) в количестве, обеспечивающем ежедневную смену одежды. Хранение ее надлежит осуществлять в индивидуальных шкафчиках. В наличии постоянно должен быть комплект санитарной одежды для экстренной ее замены в случае загрязнения. Верхняя одежда хранится в гардеробе для персонала.

11.4.1. Стирка одежды сотрудников должна осуществляться централизованно и отдельно от белья больных.

11.5. Смена одежды в учреждениях хирургического и акушерского профиля осуществляется ежедневно и по мере загрязнения. Сменная обувь персонала операционных, родильных блоков, реанимационных, перевязочных, процедурных и отделений новорожденных должна быть из нетканого материала, доступного для дезинфекции, закрытая, защищающая от брызг и травм.

11.6. Не медицинский персонал, выполняющий работу (в т.ч. временную) в подразделениях лечебных учреждений, должен иметь сменную одежду и обувь. Сменная одежда и обувь должна быть предусмотрена также и для медицинского персонала других подразделений, оказывающего консультативную и другую помощь.

11.6.1. Нахождение в медицинской одежде и обуви за пределами лечебного или родовспомогательного учреждения не допускается.

11.6.2. Студенты, занимающиеся в операционных блоках, отделениях родовспоможения, инфекционном, фтизиатрическом, кожно-венерологическом, должны быть обеспечены сменной одеждой лечебного учреждения.

11.7. В медицинских учреждениях должно быть внедрена единая политика чистых рук согласно приказу МЗ СЗН Республики Таджикистан.

11.8. В медицинских учреждениях должна соблюдаться методическое руководство по безопасности инъекций и операций связанных с инъекциями.

ХII. Гигиенические требования при организации питания больных в лечебных учреждениях

12.1. Устройство и содержание помещений пищеблока, оборудование, инвентарь, посуда, условия транспортировки и хранения пищевых продуктов должны соответствовать санитарным правилам к организации общественного питания.

12.1.1. Эксплуатация пищеблоков лечебных учреждений допускается при наличии санитарно-эпидемиологического заключения.

12.2. Пищеблоки лечебных учреждений должны иметь необходимый набор производственных цехов, обеспечивающих соблюдение гигиенических требований при технологических процессах приготовления блюд.

12.3. Поточность технологического процесса приготовления блюд, в т.ч. с использованием в работе оборудования, должна исключать возможность контакта сырых и готовых к употреблению продуктов.

12.4. Пищевые продукты, поступающие на пищеблок, должны соответствовать гигиеническим требованиям, предъявляемым к продовольственному сырью и пищевым продуктам, и сопровождаться документами, сертификатами удостоверяющими их качество и безопасность, с указанием даты выработки, сроков и условий годности (хранения) продукции. Сопроводительный документ необходимо сохранять до конца срока годности (хранения) продукта. Для контроля за качеством поступающей продукции и сроков ее годности (хранения) проводится органолептическая оценка и делается запись в журнале бракеража продукции.

12.5. Не допускается хранение скоропортящихся продуктов без холода.

12.5.1. В холодильных камерах должны строго соблюдаться правила товарного соседства.

12.5.2. Сырые и готовые продукты следует хранить в отдельных холодильных камерах. В небольших учреждениях, имеющих одну холодильную камеру, а также в камере суточного запаса продуктов, допускается их совместное кратковременное хранение с соблюдением условий товарного соседства (на отдельных полках, стеллажах).

21.5.3. Условия и сроки хранения продуктов должны соответствовать требованиям санитарных правил.

12.6. В целях предупреждения возникновения инфекционных заболеваний и отравлений среди пациентов лечебного учреждения:

12.6.1. не допускается принимать:

- продовольственное сырье и пищевые продукты без документов, подтверждающих их качество и безопасность;
- продовольственное сырье и пищевые продукты с истекшими сроками годности, признаками порчи и загрязнения; подмоченные продукты в мягкой таре (мука, крупа, сахар и другие продукты.);
- крупу, муку, сухофрукты, продукты зараженные амбарными вредителями, а также загрязненными механическими примесями;
- овощи, фрукты, ягоды с наличием плесени и признаками гнили;
- мясо и субпродукты сельскохозяйственных животных без клейма и ветеринарного свидетельства;
- мясо и яйца водоплавающей птицы;
- непотрошеную птицу;
- кровяные и ливерные колбасы;
- яйца с загрязненной скорлупой, с насечкой "тек", "бой", а также яйца из хозяйств, неблагополучных по сальмонеллезам;
- консервы с нарушением герметичности банок, бомбажные консервы, "хлопуши", банки с ржавчиной, деформированные, без этикеток;

12.6.2. не используются:

- фляжное, бочковое, непастеризованное молоко, фляжный творог и сметана без тепловой обработки (кипячения); прокисшее молоко "самоквас";
- консервированные продукты домашнего приготовления;

12.6.3. не изготавливаются на пищеблоке лечебного учреждения:

- сырковая масса, творог;
- макаронные изделия с мясным фаршем ("по-флотски"), блинчики с мясом, студни, зельцы, окрошка, паштеты, фаршмаг из сельди, заливные блюда (мясные и рыбные);
- яичница-глазунья;
- кремы, кондитерские изделия с кремом;
- изделия во фритюре, паштеты.

12.7. При составлении меню-раскладок должны учитываться основные принципы составления меню диет, а также нормы питания на одного больного в установленном порядке.

12.7.1. Питание больных должно быть разнообразным и соответствовать лечебным показаниям по химическому составу, пищевой ценности, набору продуктов, режиму питания.

12.7.2. При разработке планового меню, а также в дни замены продуктов и блюд должен осуществляться подсчет химического состава и пищевой ценности диет.

12.8. Обработка яиц, используемых для приготовления блюд, осуществляется в соответствии с требованиями, установленными санитарными правилами для предприятий общественного питания.

12.8.1. Хранение необработанных яиц в кассетах, коробках в производственных цехах не допускается.

12.9. Промывка гарниров, приготовленных из макаронных изделий и риса, не допускается.

12.10. Для приготовления и хранения готовой пищи следует использовать посуду из нержавеющей стали. Алюминиевую посуду можно использовать только для приготовления и кратковременного хранения блюд.

12.10.1. Не допускается использовать для приготовления и хранения блюд эмалированную посуду.

12.11. Выдача готовой пищи осуществляется только после снятия пробы.

12.11.1. Оценку органолептических показателей и качества блюд проводит бракеражная комиссия лечебного учреждения, назначенная администрацией лечебного учреждения.

12.11.2. При нарушении технологии приготовления пищи, а также в случае неготовности блюдо к выдаче не допускается до устранения выявленных кулинарных недостатков.

12.11.3. Результат бракеража регистрируется в журнале бракеража готовой продукции. Для членов бракеражной комиссии должны быть выделены отдельные халаты.

12.12. В целях контроля за доброкачественностью и безопасностью приготовленной пищи на пищеблоках лечебных учреждений отбирается суточная проба от каждой партии приготовленных блюд.

12.12.1. Отбор суточной пробы проводит медицинский работник (или под его руководством повар) в специально выделенные стерильные и промаркированные стеклянные емкости с плотно закрывающимися крышками - отдельно каждое блюдо или кулинарное изделие.

12.12.2. Холодные закуски, первые блюда, гарниры и напитки (третьи блюда) отбирают в количестве не менее 100 г.

12.12.3. Порционные вторые блюда, биточки, котлеты, сырники, оладьи, колбаса, бутерброды оставляют поштучно, целиком (в объеме одной порции).

12.12.4. Суточные пробы хранятся не менее 48 часов с момента окончания срока реализации блюд в специально отведенном в холодильнике месте при температуре +2 - +6°C. Посуда для хранения суточной пробы (емкости и крышки) обрабатывается кипячением в течение 5 минут.

12.13. Для транспортирования готовой пищи в буфетные отделения лечебного учреждения используют термосы или плотно закрывающуюся посуду. Хлеб можно транспортировать в полиэтиленовых или клеенчатых мешках, хранение хлеба в которых не разрешается.

12.14. При выдаче на пищеблоке блюд для буфетных отделений температура готовой пищи должна быть: первых - не ниже 75°C, вторые - не ниже 65°C, холодные блюда и напитки - от 7 до 14°C. До момента раздачи первые и вторые блюда могут находиться на горячей плите не более 2 часов.

12.15. На пищеблоке при экспедиции должно быть выделено помещение для мытья и хранения кухонной посуды из отделений (термоса, кастрюли, ведра и т.д.).

12.15.1. В данном помещении не допускается мытье и хранение кухонной посуды пищеблока, а также посуды из инфекционных отделений.

12.15.2. Допускается мытье и хранение буфетной кухонной посуды в моечных буфетных отделениях при отсутствии условий на пищеблоке. Для этого необходимо предусмотреть дополнительную установку ванны, необходимых типоразмеров и выделено место для хранения кухонной посуды.

12.16. Для транспортировки пищевых продуктов с баз, магазинов, а также при доставке готовых блюд в отделения должен использоваться автотранспорт, имеющий санитарный паспорт.

12.17. Во всех посудомоечных помещениях (в т.ч. в буфетных отделениях) должны быть установлены резервные электроводонагревательные установки с подводкой воды к моечным ваннам.

12.18. Для обработки посуды необходимо использовать моющие, чистящие и средства, разрешенные к применению в лечебных учреждениях в установленном порядке.

12.18.1. В моечных отделениях вывешивают инструкцию о правилах мытья посуды и инвентаря с указанием концентраций и объемов применяемых моющих средств.

12.19. В буфетных отделениях должно быть предусмотрено два помещения: для раздачи пищи (не менее 9 м²) и для мытья посуды (не менее 6 м²) с ограниченным доступом. В помещении обработки посуды устанавливаются мойки с подводкой холодной и горячей воды со смесителем.

12.19.1. Раздачу готовой пищи производят в течении 2 часов после изготовления .

12.19.2. Не допускается оставлять в буфетных остатки пищи после ее раздачи больным, а также смешивать пищевые остатки со свежими блюдами.

12.19.3. Раздачу пищи больным производят буфетчицы и дежурные медицинские сестры отделения. Раздача пищи должна производиться в халатах с маркировкой "Для раздачи пищи". Не допускается к раздаче пищи младший обслуживающий персонал.

12.19.4. Раздача пищи должна производиться в перчатках одноразового использования с соблюдением правил гигиены рук и правил ношения перчаток.

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

12.20. Ежедневно дежурная медицинская сестра отделения должна проверять соблюдение правил и сроков годности (хранения) пищевых продуктов, хранящихся в холодильниках отделения и тумбочках больных.

12.20.1. Готовая домашняя пища не должна храниться в холодильнике или отделении, после приема должна отдаваться родственникам или утилизироваться согласно приложению как пищевые отходы.

12.20.2. При обнаружении пищевых продуктов с истекшим сроком годности (хранения), хранящихся без целлофановых пакетов (в холодильнике), без указания фамилии больного, а также имеющих признаки порчи, должны изыматься в пищевые отходы.

12.21. О правилах хранения больной должен быть информирован при поступлении в отделение о чем свидетельствует подпись пациента. Правила хранения продуктов должны быть вывешены в палате

12.22. Обработка столовой, чайной посуды и столовых приборов должна проводиться отдельно в следующей последовательности:

- при обработке столовой посуды проводится механическое удаление пищи и мытье, ополаскивание посуды проточной горячей водой с температурой не ниже 50°C; просушивание посуды на специальных полках или решетках;

12.23. Специализированная ветошь для мытья посуды и ветошь для вытирания столов после использования необходимо обезвредить в дезинфицирующем средстве и хранить в сухом виде. Не допускается для мытья посуды многократное использование губки.

12.24 После каждой раздачи пищи производят тщательную уборку помещений и буфетных в отделениях с применением моющих средств. Уборочный материал после мытья полов дезинфицируют, моют, прополаскивают в воде и сушат в специальной отведенной сухой проветриваемой чистой комнате.

12.25. В лечебных учреждениях при возникновении случаев ООИ последовательность обработки посуды, средства и методы ее обеззараживания, а также обеззараживание остатков пищи проводятся в порядке, установленном Министерством здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан Республики Таджикистан.

Приложение N 1.

Расчетная площадь в палатах помещений лечебных помещений от двух
коек и более

Отделения	Площадь, м ² на 1 койку (не менее)
Инфекционные и туберкулезные для взрослых	7,5
Инфекционные и туберкулезные для детей: - без мест матерей - с дневным пребыванием матерей - с круглосуточным пребыванием матерей	6,5 8,0 10
Ортопедотравматологические (в т.ч. восстановительного лечения), ожоговые, радиологические: - для взрослых и в палатах для детей с дневным пребыванием матерей - для детей с круглосуточным пребыванием матерей	10 13
Интенсивной терапии, послеоперационные	13
Детские неинфекционные: - без мест для матерей - с дневным пребыванием матерей - с круглосуточным пребыванием матерей	6,0 7,5 9,5
Психоневрологические и наркологические: - общего типа - инсулиновые и наркологические	6,0 7,0
Психиатрические для детей: - общего типа - надзорные	5,0 6,0
Для новорожденных	6,0
Прочие палаты на 2 и более коек	7,0
Палаты на 1 койку	9,0

* Перепрофилирование лечебных учреждений для лечения больных туберкулезом запрещается.

Площадь помещений в палатных отделениях лечебных учреждений

Помещения	Площадь, м2
Бокс на 1 койку	22
Смотровая:	
- без гинекологического кресла	12
- с гинекологическим креслом	18
Санитарный пропускник:	
- раздевальная	6
- ванна с душем	10
- ванна с приспособлениями для больного	12
- помещение для одевания	6
- допускается совмещение ванной с помещением для одевания в больницах на 200 коек и меньше	12
Процедурная	12
Перевязочная	22
Операционная для срочных операций:	
- операционная	36
- предоперационная	10
- стерилизационная	10
- помещение для приготовления и хранения гипса	6
Помещение (пост) медицинской сестры	6
Кабинет дежурного врача	10
Комната старшей медсестры	10
Комната сестры-хозяйки	10
Комната личной гигиены персонала	5
Комната персонала	8
Приемно-смотровой бокс (в приемном отделении для инфекционных больных и детских неинфекционных больниц)	16
Помещение хранения чистого белья (в приемных отделениях детских неинфекционных больниц и отделений)	4
Санпропускник для персонала (в приемных отделениях инфекционных и детских неинфекционных больниц и отделен.):	
- гардеробная домашней и рабочей одежды	0,4 м2 на 1 шкаф
- душевая	4

Помещение для временного хранения инфицированного белья и постельных принадлежностей (с отдельным наружным входом в приемных отделениях инфекционных больниц и отделений)	4
Фильтр для приема рожениц (в приемных отделениях родильных домов и акушерских отделениях больниц)	14
Буфетная	12
Помещ. для уборочного инвентаря и приготовления дезрастворов	4 + 4
Помещение сортировки и временного хранения грязного белья	4
Для мытья и стерилизации суден, мытья и сушки клеенок	8

Рекомендуемый состав и площади помещений дневного стационара

№№ п/п	Наименование помещений	Площадь (м ²) помещений
1.	Палаты дневного пребывания (без площади шлюзов и санузлов):	
1.1.	Палата на 1 койку: - медико-социальные, восстановительного лечения и для больных, передвигающихся с помощью кресел-колясок; - прочие	12 10
1.2.	Палата на 2 койки: - медико-социальные, восстановительного лечения и для больных, передвигающихся с помощью кресел-колясок; - прочие	20 15
1.3.	Палата на 3 койки: - медико-социальные, восстановительного лечения и для больных, передвигающихся с помощью кресел-колясок - прочие	30 21
1.4.	Палата на 4 койки: - медико-социальные, восстановительного лечения и для больных, передвигающихся с помощью кресел-колясок - прочие	40 28
2.	Шлюз при палате*	3
3.	Уборная при палате (унитаз, умывальник)**	3
4.	Душевая***	2
5.	Помещение дневного пребывания больных (холл)	1 м ² на одну койку, но не менее 12
6.	Помещение для приема пищи больными с комнатой для подогрева пищи	12 + 6
7.	Манипуляционная	18
8.	Хирургический кабинет с малой операционной	12 + 24
9.	Ожидальня	10
10.	Остальные помещения - согласно Приложения 2 настоящих санитарных правил	

* При использовании современных миниатюрных аппаратов для УЗИ.

** При необходимости может быть совмещен с другими кабинетами функциональной диагностики.

*** При использовании современных портативных аппаратов для детоксикации.

Рекомендуемый состав и площади специализированных помещений
дневного стационара

Диагностические кабинеты:		
1.	Процедурная с комнатой приготовления аллергенов и шлюзом между ними	12 + 10 + 2
2.	Кабинет для исследования функции внешнего дыхания	20
3.	Процедурная кабинета гастроскопии	18
4.	Процедурная кабинета ректороманоскопии и колоноскопии (со шлюзом)	18 + 2
5.	Кабинет дуоденального зондирования	6 м2 на одну кушетку, но не менее 12
6.	Кабинет рН-метрии	12
7.	Кабинет ультразвуковых исследований	14
8.	Кабинет электрокардиографии и реовазографии	14
9.	Кабинет электро- и реоэнцефалографии с экранированной кабиной	14 + 6
10.	Кабинет эхоэнцефалографии	14
11.	Кабинет аудио- и вестибулометрии со звукоизолирующей кабиной	14 + 6
12.	Смотровой кабинет врача-офтальмолога с темной комнатой	18 + 6
13.	Смотровой кабинет врача-гинеколога	18
Лечебные кабинеты и помещения:		
14.	Кабинет электросветолечения	6 м2 на одну кушетку, но не менее 12
	- подготовительная	6
15.	Кабинет УФ-терапии	6 м2 на одну кушетку, но не менее 12
16.	Кабинет лечения электросном с аппаратной и шлюзом при входе	6 м2 на одну кушетку, но не менее 12 + 6 + 2
17.	Кабинет ингаляционной терапии:	
	- процедурная	4 м2 на одно место, но не менее 10

		то, но не менее 10
	- компрессорная	1,5 м ² на одно место, но не менее 4
18.	Помещение для лечения больных по принципу "соляных пещер" (галопалата):	
	- процедурная	6 м ² на одного чел.
	- комната управления	6
	- шлюз	3
19.	Кабинет лечебной физкультуры для индивидуальных занятий	12
20.	Кабинет лечебной физкультуры для занятий малых (до 4 человек) групп	20
21.	Кабинет механотерапии	4 м ² на одно место, но не менее 20
22.	Кабинет лазеротерапии	12 м ² на одну кушетку
23.	Кабинет рефлексотерапии:	
	- кабинет врача	12
	- процедурная со стерилизационной	6 м ² на одно место, но не менее 14 + 4
24.	Кабинет "амбулаторной" экстракорпоральной детоксикации (гемосорбции, плазмафереза и др.)	12
25.	Кабинет индивидуальной аэроионотерапии	4 м ² на одно место, но не менее 12
26.	Кабинет групповой аэроионотерапии с помещением медицинской сестры	12 + 8
Дневные стационары психиатрических и наркологических больниц и диспансеров		
27.	Кабинет индивидуальной психотерапии	12
28.	Кабинет групповой психотерапии со шлюзом	4 м ² на одно место, но не менее 24 + 2
29.	Процедурная индивидуальной условно-рефлекторной терапии с уборной	12 + 3

30.	Процедурная групповой условно-рефлекторной терапии с уборной	6 м2 на одно место, но не менее 24 + 3
31.	Кабинет для проведения алкогольно-тетурамовых проб	6 м2 на одно место, но не менее 18
32.	Кабинет психолога	12
Дневные стационары центров репродуктивного здоровья и центры здоровья		
33.	Кабинет психопрофилактической подготовки беременных к родам:	
	- индивидуальный	12
	- групповой	24
34.	Смотровой кабинет врача-гинеколога	18
35.	Кабинет психотерапевта	12
36.	Кабинет юриста (социального работника)	12
37.	Кабинет специализированного приема (планирования семьи, бесплодия и др.)	10
38.	Малая операционная с предоперационной и шлюзом (для производства абортов)	24 + 8 + 2
Дневные стационары Центров патологии речи и нейрореабилитации		
39.	Кабинет электромиографии	18
40.	Кабинет логопеда	18
41.	Зал для занятий на тренажерах	5 м2 на одно место, но не менее 20
42.	Зал для обучения ходьбе	36
Дневные стационары отделений экстракорпорального оплодотворения		
43.	Кабинет врача-гинеколога (без гинекологического кресла)	10
44.	Смотровой кабинет врача-гинеколога	18
45.	Кабинет врача-гинеколога с ультразвуковой установкой и гинекологическим креслом	18
46.	Процедурная взятия яйцеклетки	18
47.	Помещение сдачи спермы	6

48.	Процедурная имплантации оплодотворенной яйцеклетки (одноместная)	12
Дневные стационары косметологических лечебниц		
49.	Манипуляционная для проведения врачебных косметологических процедур	12
50.	Манипуляционная для проведения сестринских косметологических процедур	8 м2 на одно рабочее место, но не менее 12
51.	Перевязочная	18
52.	Солярий:	
	- при вертикальном расположении ламп в кабинах	2 м2 на одно место, но не менее 12
	- при горизонтальном расположении ламп в кабинах	4 м2 на одно место, но не менее 12
	- раздевальня	3
	- пост медсестры (оператора)	6
Дневные стационары медико-социальной помощи (гериатрические больницы и Центры, дома сестринского ухода, хосписы)		
53.	Помещение для богослужения	16
54.	Комната добровольных помощников	12
55.	Комната психологической и психозмоциональной разгрузки персонала со шлюзом	16 + 2
56.	Кабинет врача-специалиста	12
57.	Кабинет социального работника (юриста)	12

Примечания:

1) При увеличении числа рабочих мест (2 и более) площадь кабинета увеличивается из расчета 8 м² на каждое дополнительное место.

2) Предстерилизационная очистка и стерилизация изделий медицинского назначения проводится в центральном стерилизационном отделении учреждения. В случае наличия в составе дневного стационара кабинета эндоскопии, предусматривается 3 помещение, площадью не менее 8 м² для предстерилизационной подготовки и стерилизации эндоскопического оборудования.

3) Шлюзы следует предусматривать при палатах на 2 - 4 койки любого профиля, а также при палатах на 1 койку инфекционного или фтизиатрического профиля.

4) Уборные могут проектироваться с входом из шлюза или с входом из палаты.

5) Душевые могут быть как совмещенные с уборной, так и отдельные с ней.

Расчетная температура, кратность воздухообмена, категория по чистоте в помещениях лечебных учреждений, в ч. в дневного стационара

Наименование помещений	Расчетная температура воздуха, °С	Кратность воздухообмена в 1 час		Категория по чистоте помещения	Кратность вытяжки при естественном воздухообмене
		приток	вытяжка		
Палаты для взрослых больных, помещения для матерей детских отделений, помещения гипотерапии	20	80 м3/ч на 1 койку 100%		Ч	2
Палаты для туберкулезных больных (взрослых, детей)	20	80 м3/ч на 1 койку		Г	2
		80%	100%		
Палаты для больных гипотиреозом	24	80 м3/ч на 1 койку 100%		Ч	2
Палаты для больных тиреотоксикозом	15	То же		Ч	2
Послеоперационные палаты, реанимационные залы, палаты интенсивной терапии, родовые боксы, операционные, операционные-диализационные, наркозные, палаты# на 1-2 койки для ожоговых больных, барокамеры	22	По расчету, но не менее десятикратного обмена*		0Ч	Не допускается
		100%	80%-асептические (20% через наркозную, стерилизационную и пр.# 100%-септические		
Послеродовые палаты	22	100%*	100%	Ч	То же
Палаты на 2-4 койки для ожоговых больных, палаты для детей	22	100%	100%	Ч	То же

Палаты для недоношенных, грудных, новорожденных и травмированных детей	25	По расчету, но не менее		0Ч	Не допускается
		100%*	80%-асептические		
		100%*	100%-септические		
Боксы, полубоксы, фильтры-боксы, предбоксы	22	2,5 (подача из коридора 100%)	2,5	Г	2,5
Палатные секции инфекционного отделения	20	80 м3/ч на 1 койку	80 м3/ч на 1 койку	Г	-
Предродовые, фильтры, приемно-смотровые боксы, смотровые, перевязочные, манипуляционные, предоперационные, помещения сцеживания грудного молока, комнаты для кормления детей в возрасте до 1 года, помещение для прививок	22	2	2	Ч	2
Стерилизационные при операционных	18	-	3-септические отделения	Г	2
			3-асептические отделения	Ч	2
Малые операционные, в т.ч. в дневных стационарах	22	10	5	Ч	1
Кабинеты врачей, комнаты персонала, кабинеты рефлексотерапии, помещения дневного пребывания больных	20	Приток из коридора	1	Ч	1
Залы ЛФК	18	50 м3 на одного занимающегося в	100%	Г	2

Кабинеты функциональной диагностики, кабинет ректороманоскопии	22	-	3	Г	2
Кабинета лечебной физкультуры, механотерапии, кабинеты зондирования	20	2	3	Г	2
Вестибюли, помещения для приема пищи, компрессорные ингаляторы, бельевые и кладовые помещения	18	-	1	Г	1
Кабинеты микроволновой и ультравысокочастотной терапии, кабинеты теплолечения, кабинеты лечения ультразвуком	20	4	5	Г	Не допускается
Кладовые хранения грязного белья, предметов уборки, дезинфицирующих средств	18	-	5	Г	3
Санузлы	20	-	50 м3 на 1 унитаз и 20 м3 на 1 писсуар	Г	3

Предельно-допустимая концентрация (ЦЦК) и классы опасности лекарственных средств в воздухе помещений лечебных учреждений

№ п/п	Определяемое вещество	ПДК в мг/м ³ , Класс опасности
1	2	6
1.	Ампициллин	0,1 II. А.
2.	Аминазин (Диметиламинопропил-) 3-хлорфенотиазинхлоргидрат)	0,3 II. А.
3.	Бензилпенициллин	0,1 II. А.
4.	Диэтиловый эфир	300 IV
5.	Ингалан (1,1-дифтор-2,2-дихлорэтилметилловый эфир)	200 IV
6.	Закись азота (в пересчете на O ₂)	5 (в пересчете на O ₂)
7.	Оксациллин	0,05 IA
8.	Стрептомицин	0,1 IA
9.	Тетрациклин	0,1 II.А
10.	Трихлорэтилен	10
11.	Фторотан (1,1# 1-Трифтор-2-хлорбромэтан)	20 III
12.	Флоримицин	0,1 II. А.
13.	Формальдегид	0,5 II. А.
14.	Хлористый этил	50 IV

Приложение 7

Допустимые уровни бактериальной обсемененности воздушной среды помещений лечебных учреждений в зависимости от их функционального назначения и класса чистоты

N п/п	Класс чистоты	Название помещения	Санитарно-микробиологические показатели					
			Общее количество микроорганизмов в 1 м ³ воздуха (КОЕ/м ³)		Количество колоний <i>Staphylococcus aureus</i> в 1 м ³ воздуха (КОЕ/м ³)		Количество плесневых и дрожжевых грибов в 1 дм ³ воздуха	
			до начала работы	во время работы	до начала работы	во время работы	до начала работы	во время работы
1.	Особо чистые (А)	Операционные, родильные залы, асептические боксы для гематологических, ожоговых пациентов, палаты для недоношенных детей, асептический блок аптек, стерилизационная (чистая половина), боксы бактериологических лабораторий	Не более 200	Не более 500	Не должно быть	Не должно быть	Не должно быть	Не должно быть
2.	Чистые (Б)	Процедурные, перевязочные, предоперационные, палаты и залы реанимации, детские палаты, комнаты сбора и пастеризации грудного молока, ассистентские и фасовочные аптек, помещения бактериологических и клинических лабораторий, предназначенные для проведения исследований	Не более 500	Не более 750	Не должно быть	Не должно быть	Не должно быть	Не должно быть
3.	Условно-чистые (В)	Палаты хирургических отделений, коридоры, примыкающие к операционным, родильным залам, смотровые, боксы и палаты инфекционных отделений, ординаторские, материальные, кладовые чистого белья	Не более 750	Не более 1000	Не должно быть	Не более 2	Не должно быть	Не должно быть
4.	Грязные (Г)	Коридоры и помещения административных зданий, лестничные марши лечебно-диагностических корпусов, санитарные комнаты, туалеты, комнаты для грязного белья и временного хранения отходов	Не нормируется		Не нормируется		Не нормируется	

Приложение 8. Естественная и искусственная освещенность помещений лечебных учре

Помещения	Рабочая поверхность и плоскость нормирования КЭО и освещенности (Г-горизонтальная, В-вертикальная) и высота плоскости над полом	Разряд и подразряд зрительной работы по СНиП 23-05-95	Естественное освещение		Совмещенное освещение		Искусственное освещение		
			КЭО, е _н , %		КЭО, е _н , %		Освещенность, лк, при общем освещении	Показатель дискомфорта М не более	Коэффициент пульсации освещенности К _п , %, не более
			при верхнем или комбинированном освещении	при боковом освещении	при верхнем или комбинированном освещении	при боковом освещении			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Операционная	Г-0,8	A-2	-	-	-	-	400	40	10
Предоперационная	Г-0,8	B-1	3,0	1,0	1,8	0,6	300	40	15
Перевязочная	Г-0,8	A-1	4,0	1,5	2,4	0,9	500	40	10
Помещение хранения крови	Г-0,8	VIIIa	-	-	-	-	200	40	20
Помещение хранения и приготовления гипса	Г-0,8	VIIIб	-	-	-	-	75	-	-
Кабинеты приема хирургов, акушеров-гинекологов, травматологов, педиатров, инфекционистов, дерматологов, аллергологов, стоматологов, смотровые	Г-0,8	A-1	4,0	1,5	2,4	0,9	500	40	10
Кабинеты приема других специалистов	Г-0,8	B-1	3,0	1,0	1,8	0,6	300	40	15
Темные комнаты офтальмологов	Г-0,8	-	-	-	-	-	20	-	10
Кабинеты функциональной диагностики, эндоскопические кабинеты	Г-0,8	B-1	3,0	1,0	1,8	0,6	300	40	15
Фотарии, кабинеты физиотерапии, массажа, ЛФК	Г-0,8	B-2	2,5	0,7	1,5	0,4	200	60	20
Кабинеты: гидротерапии, лечебные ванны, душевые залы	Г-0,8	B-2	2,5	0,7	1,5	0,4	200	60	20

трудотерапии	Г-0,8	Б-1	3,0	1,0	1,8	0,6	300	40	15
для лечения сном	Г-0,8	Ж-2	-	-	-	-	50	-	-
Помещения подготовки парафина, озокерита, обработки прокладок, регенерации грязи	Г-0,8	VIIIБ	-	-	-	-	75	-	-
Палаты дневного пребывания	Г-0,0	Б-2	2,0	0,5	-	-	100	25	15
Помещения хранения лекарственных и перевязочных средств	Г-0,8	VIIIБ	-	-	-	-	100	-	-
Помещения хранения дезинфекционных средств	Г-0,8	VIIIБ	-	-	-	-	75	-	-
Процедурные, манипуляционные	Г-0,8	А-1	4,0	1,5	2,4	0,9	500	40	10
Кабинеты, посты медицинских сестер	Г-0,8	Б-1	3,0	1,0	1,8	0,6	300	40	15
Помещения дневного пребывания больных	Г-0,8	Б-2	2,5	0,7	1,5	0,4	200	60	20
Помещения для приема пищи больными	Г-0,8	Б-2	-	-	1,5	0,5	200	60	20
Аппаратные (пульты управления), помещения мытья, стерилизации, сортировки и хранения, белье	Г-0,8	Б-2	-	-	-	-	200	60	20
Регистратура	Г-0,8	Б-2	-	-	1,5	0,4	200	60	20
Коридоры медицинских учреждений	Г-0,0	Б	-	-	-	-	150	90	-
Помещения хранения переносной аппаратуры	Г-0,8	VIIIБ	-	-	-	-	75	-	-
Санитарно-бытовые помещения: умывальные, уборные, курительные, душевые, гардеробные, гардеробные, гардеробные, уличной одежды	Г-0,0	Ж-1	-	-	-	-	75	-	-
	Г-0,0	Ж-2	-	-	-	-	50	-	-
	Г-0,0	Ж-1	-	-	-	-	75	-	-



**ВАЗОРАТИ ТАНДУРУСТИ ВА ҲИФЗИ
ИҶТИМОИИ АҲОЛИИ
ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН**

**ДАСТУРАМАЛИ МИЛЛӢ
ОИД БАПЕШГИРИИ БЕМОРИҲОИ
СИРОЯТӢ ДАР МУАССИСАҲОИ
ТАНДУРУСТИИ
ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН**

Душанбе – 2015



ВАЗОРАТИ ТАНДУРУСТӢ ВА ҲИФЗИ ИҶТИМОИИ АҲОЛИИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

734025, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе кӯчаи Шевченко 69 тел.: (372) 21-18-35 факс (372) 21-75-25

ФАРМОИШ

аз «27» 12 соли 2014. № 1119

ш. Душанбе

Дар бораи пурзӯр намудани чораҳо
оид ба пешгирии сирояти дохилибеморхонагӣ
дар муассисаҳои тандурустии
Ҷумҳурии Тоҷикистон

Бо мақсади пурзӯр намудани фаъолият дар самти пешгирии сирояти дохилибеморхонагӣ дар муассисаҳои тандурустӣ мутобиқи бандҳои 5 ва 38 Қонуни Ҷумҳурии Тоҷикистон «Дар бораи таъмини амнияти санитарӣ эпидемиологии аҳоли» ва банди 10-и Низомномаи Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон, ки бо қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 3 марти соли 2014 таҳти № 148 тасдиқ гардидааст,

ФАРМОИШ МЕДИҲАМ:

1. Санадҳои меъёрии ҳуқуқии зерин тасдиқ карда шаванд:

а) қоида ва меъёрҳои гигиенӣ «Талаботҳои гигиенӣ оид ба чойгиркунӣ, таркиб, таҷҳизот ва истифодабарии беморхонаҳо, таваллудхонаҳо ва дигар муассисаҳои тандурустӣ» (замимаи 1);

б) «Дастурамали миллӣ оид ба пешгирии беморҳои сироятӣ дар муассисаҳои тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон» (замимаи 2).

2. Ба сардорони раёсатҳои дастгоҳи марказии Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон, раёсатҳои тандурустии Вилояти Мухтори Кӯҳистони Бадахшон, вилоятҳои Суғд, Хатлон ва ш. Душанбе, роҳбарони муассисаҳои тандурустии ҷумҳуриявӣ ва шаҳру ноҳияҳои тобеи ҷумҳур, роҳбарони муассисаҳои тандурустии дигар вазорату идорас, ки дар тобеияташон марказҳои саломатӣ ва беморхона доранд, инчунин, муассисаҳои хусусии тиббӣ иҷроӣ фармоиши мазкурро таъмин намоянд.

3. Сардорони Раёсати амнияти санитарӣ эпидемиологӣ, ҳолатҳои фавқулодда ва кӯмаки фаврии тиббии Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон (Давлатов С.Х.), Хадамоти

назорати давлатии санитарию эпидемиологӣ (Назаров Х.К), ва Хадамоти назорати давлатии фаъолияти тиббӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳоли (Ҳочамуродов Ф.М.) назорати талаботҳои фармоиши мазкурро дар муассисаҳои тандурустӣ новобаста аз шакли моликият ва тобеъияти идоравиашон таъмин намоянд.

4. Ба сардори Хадамоти назорати давлатии санитарию эпидемиологӣ (Назаров Х.К.) супориш дода шавад, ки санадҳои меъёрии ҳуқуқии тасдиқгардидаро тибқи тартиби муқарраргардида дар Вазорати адлия аз қайди давлатӣ гузаронад.

5. Фармоишҳои Вазорати тандурустӣ аз 18.12.2000 с., №359 «Дар бораи чорабиниҳои паст намудани бемориҳои зарпарвинҳои вирусӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон», аз 26.04.2010 с., №239 «Дар бораи беҳтар намудани ёри тиббӣ ба беморони фасоди чарроҳӣ ва пурзур намудани чорабиниҳо бар зидди сирояти дохили беморхонаҳо дар шӯъбаҳои чарроҳӣ (беморхонаҳо) ва марказҳо (хучраҳо) дандонпизишкӣ» ва аз 19.04.2013 с., №223 «Дастурамали миллӣ оид ба пешгирии бемориҳои сироятӣ дар муассисаҳои тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон» аз эътибор соқит доништа шаванд.

6. Назорати иҷрои фармоиши мазкур ба зиммаи муовини якум (Бобоҳочиева Л.С.) ва муовинони вазир (Ҷафаров Н.Ҷ. ва Олимов Н.Х.) гузошта шавад.

Вазир



Н. Салимзода

ДУРУСТ

Барои омода намудани маҷмаъаи мазкур шахсони зерин сахм

гузоштанд:

Ҷафаров Н.Ҷ. – муовини вазири тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон;

Давлатов С.Ҷ. – сардори раёсати амнияти санитарияю эпидемиологӣ, ҳолатҳои фавқулодда ва ёрии фаврии тиббии Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон;

Мирзоев А.С. – мудири кафедраи воғиршиносӣ, беҳдошт ва ҳифзи муҳити зисти ДТБКСТ Ҷумҳурии Тоҷикистон

Ҷобирова С.Б. – эксперти миллии ВТҲИА ҚТ оид ба аккредитатсия

Олимов Д. А. – сардори раёсати назорати давлатии Хадамоти назорати давлатии фаъолияти тиббӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳоли

Абдурахманова Ф.М. – мудири кафедраи акушер ва гинекологии №2 ДДТ ба номи Абуали ибни Сино

Нодиршоева Р.А. – акушер гинекологи ПАГ ва П.

Тақризунанда: Рофиев Ҳ.Қ. – академики АМОМ, д.и.т., профессори кафедраи эпидемиологияи ДДТТ ба номи Абуали Ибни Сино

*Замимаи 2
ба фармоиши Вазорати тандурусти
ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии
Ҷумҳурии Тоҷикистон
№1119 аз 27 декабри соли 2014*

ДАСТУРАМАЛИ МИЛЛӢ ОИД БА ПЕШГИРИИ БЕМОРИҲОИ СИРОЯТӢ ДАР МУАССИСАҲОИ ТАНДУРУСТИИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

Пешгуфтор

Дастурамали мазкур бо мақсади чамъи захираҳои соҳаи тандурусти мамлакат барои муайян намудани мақсад ва вазифа, муқобилият ба сар задани бемориҳои сироятӣ дар муассисаҳои тиббию санитарӣ, таъмин намудани бехатарии табобатию ташхисӣ, эпидемиявӣ, чорабинии нозирати сироятӣ, гузаронидани таҳлили эпидемиологӣ, кӯтоҳ намудани мӯҳлати бистаришавии беморон, кам намудани масрафҳои молиявӣ мехнатӣ, беҳтар гардонидани ҳолати санитарии беморхонаҳо ва безаргардонии партовҳо равона карда шудааст.

Яке аз мақсадҳои асосии ислоҳоти соҳаи тандурусти дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ин беҳтар намудани ёрии тиббӣ ва кам намудани хароҷотҳои беасос мебошад. Исбот шудааст, ки ташкили назорати дурусти сироятҳо яке аз роҳҳои самаранокӣ камхарҷ, паст кардани нишондиҳандаҳои беморшавӣ ва фавт мебошад.

Баҳри натиҷанокии кори муассисаҳои тиббию санитарӣ бояд принсипи кори онҳоро ба технологияи муосири аз ҷониби ТУТ тавсияшуда мутобиқ кард.

Татбиқи ин дастурамал ба воситаи гурӯҳи корӣ оиди назорати сироятҳо ба амал меояд, ки ташкили он дар ҳар як муассисаи табобатӣ зарур аст.

Гурӯҳи корӣ оиди назорати сироятҳо дар муассисаҳои табобатию профилактикӣ бояд аз ҷониби эпидемиологҳои беморхонаҳо, кормандони масъул, ҳамшираҳои тиббӣ ва дигар коркунони алоқаманд ташкил карда шавад. Вазифаҳои асосии гурӯҳи корӣ аз мониторинги бемориҳои сироятии дохили беморхонагӣ, ҷорӣ намудани таҷрибаҳои тиббии мавҷудбуда, назорати иҷрои стандартҳои бехатарӣ, амалиётҳои тиббӣ, риояи қоидаҳои санитарии гигиенӣ, чамбоварӣ ва нобудсозии дурусти партовҳои тиббӣ иборат мебошанд.

Диққати асосӣ бояд ба истифодаи дурусти антибиотикҳо ва кам намудани амалиётҳои инвазионӣ равона карда шавад.

Муваффақият аз ҳамкориҳои эпидемиологҳои беморхона, мутахассисони дигари назораткунандагонӣ сироятҳо, микробиологҳо, табибони клинисист, ҳамшираҳои тиббӣ, кормандони хадамотҳои назорати давлатии санитарии эпидемиологӣ, назорати давлатии фаъолияти тиббӣ,

муассисҳои таълимии тиббӣ, идораҳои байторӣ, коммуналӣ ва дигар корхонаҳои масъул вобаста аст.

Аз ин лиҳоз, истифодаи дастурамали мазкур бояд баҳри беҳтар намудани ёрии тиббӣ ба воситаи такмил додани назорати эпидемиологӣ, таъминоти моддию техникӣ озмоишгоҳҳои микробиологӣ, назорати истифодаи дурусти антибиотикҳо, коркарди протоколҳои самараноки амалиётҳои ташхисиву табобатӣ, беҳатар ҷамъоварӣ намудани партовҳои тиббӣ, безаргардонӣ ва нобудсозии дурусти онҳо, ҳалли проблемаҳои мавҷудбуда дар муассисаҳо кормандони тиб ва омӯзиши кормандони тиб равона карда шавад.

Мундариҷа

ЧОРАҲОИ ПЕШГИРИИ СИРОЯТҲО	8
КАДОМ РАВАНДРО БОЯД ИСТИФОДА БУРД	8
I. ЧОРАҲОИ СТАНДАРТИИ ЭҲТИЁТКОРӢ	9
Чузъҳои асосӣ ва истифодаи онҳо	9
2. ЧОРАҲОИ ЭҲТИЁТКОРИИ БО УСУЛИ ИНТИҚОЛИ СИРОЯТҲО	
АСОСНОКШУДА (ИЗОЛЯТОРҲО)	11
2.1. Чораҳои пешгирӣ намудани сироятҳои бо роҳи ҳавой интиқолёбанда	11
2.2. Чораҳои пешгирӣ намудани сироятҳои бо роҳи қатрагӣ интиқолёбанда	12
2.3. Чораҳои пешгирӣ намудани сироятҳои бо роҳи иртиботӣ (контактный) интиқолёбанда	14
2.4. Истифодаи эмпирикии чораҳои эҳтиёткорӣ аз рӯи усулҳои интиқоли сироят	15
2.5. Беҳдошти роҳҳои нафас ва қоидаҳои рафтор ҳангоми сулфа	16
3. БЕҲДОШТИИ ДАСТҲО	18
3.1. Қоидаҳои умумии шустани дастҳо	18
3.2. Зиддитаафғунӣ (антисептика)-и дастҳо	20
3.3. Коркади чарроҳии дастҳо	21
4. ВОСИТАҲОИ МУҲОФИЗАТИ ФАРДӢ	24
4.1. Дастипӯшакҳо	25
4.2. Дигар воситаҳои муҳофизати фардӣ	28
5. ИСТИФОДАБАРИИ БЕХАТАРИ АСБОБҲОИ ТЕЗ ҲАНГОМИ АМАЛИЁТҲО	33
5.1. Техникаи «бе даст» барои додани асбобҳои чарроҳӣ	33
5.2. Истифодаи беҳатари сӯзанҳои зерипӯстиву шпритсҳо	33
5.3. Нест кардани асбобҳои тез	35
6. АНТИСЕПТИКАИ (ЗИДДИУФҒУНИИ) ЧАРРОҲӢ	36
6.1. Коркарди пӯсти майдони чарроҳӣ пеш аз чарроҳӣ	36
6.2. Коркарди пӯст пеш аз тазриқ	37
6.3. Усулҳои кам намудани хатари сироятҳои дохилибеморхонавӣ	37
6.4. Нигоҳдорӣ ва додани маводи зиддиуфғунӣ	39
7. КОРКАДИ АСБОБҲО	40
7.1. Деконтаминатсия/Безаргардонӣ	41
7.2. Шустан	44
7.3. Таъмизгардонӣ	46
7.4. Безаргардонии амиқ (БА)	49
7.5. Нигоҳдорию ашёҳои таъмизшуда ё БА	55
8. ТАШКИЛ НАМУДАНИ РАФТУ ОМАДИ ОДАМОН ВА МИНТАҚАҲОИ ФАЪОЛИЯТ	56
8.1. Ҳучраҳои амалиёти (аз ҷумла толорҳои зоиш)	57
8.2. Шӯъбаи ларроӣ	57
8.3. Минтакаи корӣ	58
9. ТАШКИЛ НАМУДАНИ ҶАМЪОВАРӢ ВА НЕСТ КАРДАНИ ПАРТОВҲО	59
9.1. Муносибат бо партовҳои дохили муассисаҳои тандурустӣ	59
9.2. Сӯзондан, гуркуни ва автоклавкунии партовҳо	62
Гуркунии партовҳо	64
10. ФАЪОЛИЯТИ ХОҶАГӢ	66
11. ТАЙЁР НАМУДАНИ ОБИ ТОЗА	69
12. ПЕШГИРИИ СИРОЯТҲО ДАР ШАРОИТИ ХОНА	71
12.1. Принципиҳои умумӣ	71
12.2. Зоиши хонагӣ - тавсия барои омӯзиши оила дар сатҳи амбулаторӣ, ҳамчун пешгирии сироят дар шароити хона	73

ЧОРАҲОИ ПЕШГИРИИ СИРОЯТҲО

Пешгирии сироятҳо (ПС) дар муассисаҳои тандурустӣ ду максими асосиро пайгирӣ менамояд:

- пешгирӣ намудани интиқоли сироятҳои хатарнок ҳангоми хизматрасониҳои тиббӣ, ки чораҳои муолиҷавиро дар бар мегиранд (масалан тазриқ, воридкунии дохиливаридӣ, катетерхалонии масона, тоза кардани ҷароҳатҳо, ворид намудани ВДР, амалиётҳои ҷарроҳӣ).

- то ҳадди ақал кам намудани хатари интиқоли сироятҳои ҷиддӣ (ба монанди, гепатитҳои «В», «С» ва ВНМО) на фақат барои ниёзмандон, балки кормандони тиб ва хизматрасон, аз ҷумла фаррошон ва кормандони хоҷагӣ

Чораҳои пешгирии сироятҳои, ки дар ин ҷо баён шудаанд, барои истифода дар тамоми намудҳои муассисаҳои тиббӣ – аз беморхонаҳои калони ҷумҳурият, вилоятӣ ва то нуқтаҳои хурди тиббии шаҳру ноҳияҳо пешбинӣ карда шудаанд. Ин чораҳо барои кам намудани хароҷот ва зарурияти таҷҳизоти пурқимат ва аксаран таҷҳизоти хеле нозук таҳия шуда, ҳамзамон дараҷаи баланди беҳатариро таъмин менамоянд.

КАДОМ РАВАНДРО БОЯД ИСТИФОДА БУРД

Дар соли 1968 **Сполдинг** се дараҷаи эҳтимолии хатари сироятёбиро ба сифати асосҳои интиқоби усул ва раванди пешгирии (масалан, тамизкунии асбобҳои тиббӣ, дастпушакҳо ва дигар маводҳо) ҳангоми нигоҳубини беморон пешниҳод карда буд. Бо мурури замон, ин таснифот аҳамияти худро гум накарда, то ҳол дар ҳамаи барномаҳои пешгирии сироят, ҳамчун замина истифода бурда мешавад. Ин дараҷаҳои Сполдинг дар маҷмуъ чунин баён карда мешаванд:

Бухрони (критическая) Ин ҳисмҳо ё усулҳо ба бофтаҳо ё системаи гардиши хун таъсир расонида, сатҳи баланди хатари сироятёбиро ифода менамоянд. Кобиляти таъмин накардан бо асбобҳо ва маводҳои тамизшуда (масалан, асбобҳои ҷарроҳӣ ва дастпушакҳо) ба сироятёбии бештар хатарнок оварда мерасонад.

Қисман бухрони (полукритическая) Ин ҳисмҳо ё усулҳо, ба пардаҳои луоби ва мавзӯҳои на он қадар калони осебёфтаи пуст таъсир расонида, аз руи муҳимноки ҷои дуҷумро ишғол мекунад. Талаботи идоракунии муҳим буда, донишу малакаи зиёдро талаб мекунад:

- истифодабарии маводҳои инвазивӣ (мас.,эндоскопҳои меъдаю руда ё оинаҳои маҳбали);
- инро кардани безаргардонӣ, тозакуни ва тамйизкунии амик;
- таъмин кардан бо дастпушакҳо кормандонеро, ки бо пардаҳои луоби ва пусти осебдида саруқордоранд.

Гайрибухрони (некритическая) Истифодаи чисмҳо ва усулҳои, ки бо пусти осебнадида сарукур доранд, сатҳи пасти хатари сироятёбиро ифода менамоянд. Баъзе аз онҳо (мас., беҳдошти дастон) бештар муҳиманд, нисбат ба дигарҳо. Истифодаи нодурусти маводҳои гайрибухрони, масалан, зиёд истифодабарии дастпушакҳо ба кам шудани захираҳои оварда мерасонад, ки ин маҳдуд будани бартарияти ин дараҷаҳо ифода менамояд.

I. ЧОРАҲОИ СТАНДАРТИИ ЭҲТИЁТКОРӢ

Чузъҳои асосӣ ва истифодаи онҳо

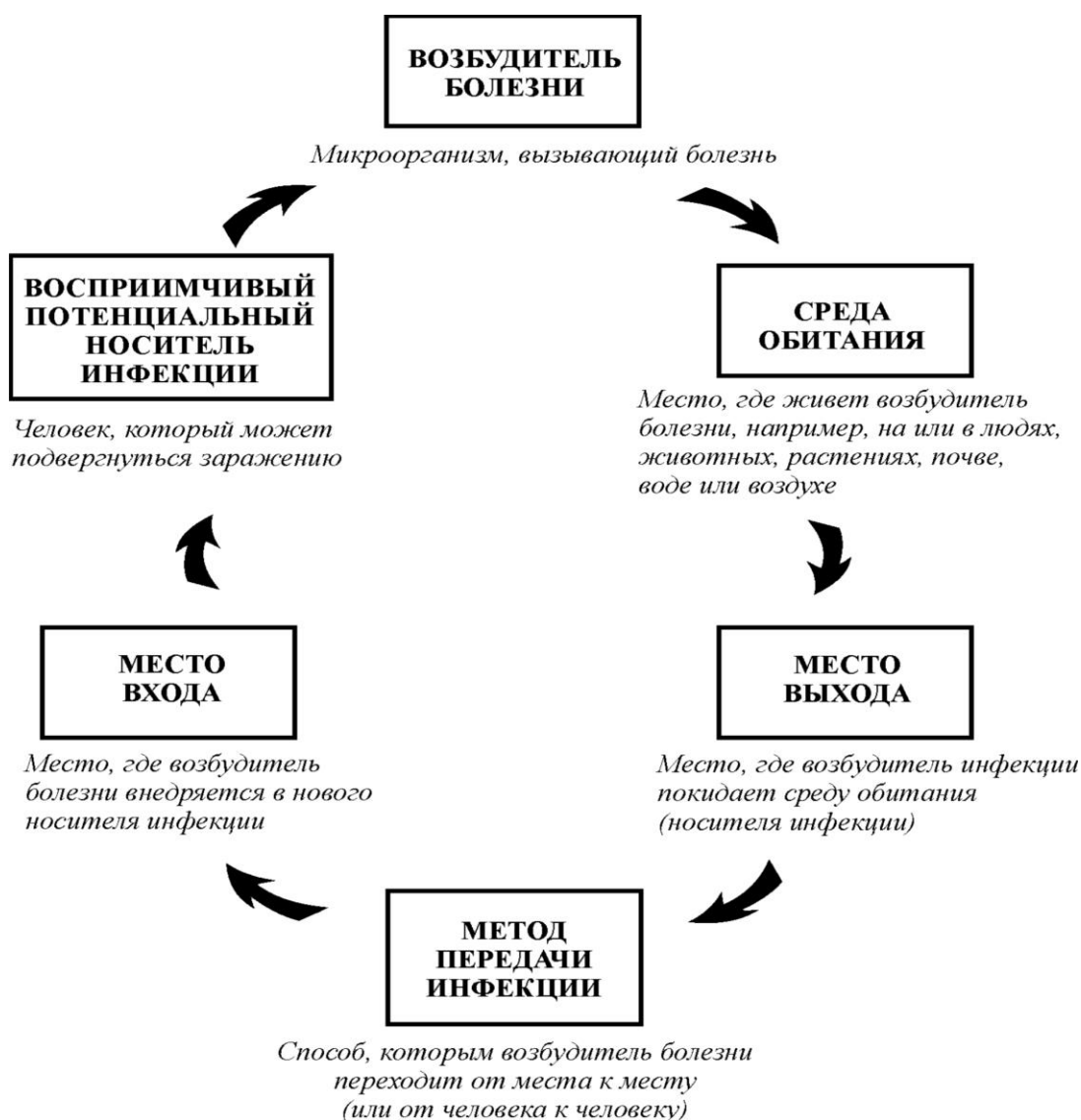
Дар хотир доред: чораҳои стандартии эҳтиёткориро доимо ва нисбати ҳамаи ниёзмандон истифода бурдан лозим аст, чунки ҳеч кас дар ҳақиқат ҳам доништа наметавонад, ки ниёзмандон дорандаи кадом микроорганизмҳо мебошад.

- Хар як одам (ниёзманд ё корманди тиббӣ)-ро эҳтимолан сироятнокшуда ва ба сироят дучоршуда баррасӣ намоед.
- Дастантонро шӯед – ин чорабинии аз ҳамаи муҳими пешгирии сироятёбии чандтарафа мебошад (аз одам ба одам ё аз манбаи сироят ба одам) мебошад.
- Пеш аз ба ягон чизи тар – захми пуст, луобпардаҳо, хун ё дигар моеъҳои биологӣ, ё асбобҳои ифлос ва партовҳои сироятдошта, инчунин, пеш аз гузаронидани чорабиниҳои олоишӣ дастпушак пушед (дар ҳарду даст).
- Монеаҳои чисмониро истифода баред (айнакҳои муҳофизатӣ, ниқобҳои рӯй ва пешдоманҳо) агар пошхӯрӣ ва ҷудошавии ҳаргуна моеъҳои биологии организм (тарашшухот ва г.) дар назар дошта шуда бошад (масалан, коркарди асбобҳо ва дигар маводҳо).
- Антисептикҳо (маводҳои зиддитааффуни)-ро барои тоза намудани пуст ё луобпардаи ниёзмандон ва дастони кормандони тиббӣ пеш аз илочиҳои тиббӣ ё тоза кардани захмҳо истифода баред.
- Усулҳои беҳатарии корро истифода баред, масалан: аз такроран пушондани сарпушча ё қат намудани сӯзан даст кашед, роҳҳои беҳатар додани асбобҳои тезро истифода баред.
- Пасмондаҳои сироятиро ба таври беҳатар гирифта партоед, то ин ки онҳоеро муҳофизат намоед, ки ба ин кор машғул ҳастанд ва осеббардорӣ ва паҳншавии сироятро дар байни аҳолии маҳаллӣ пешгирӣ намоед.
- Асбобҳо ва дигар ашёҳоро аввал бо безаргардонӣ (деконтаминатсия) ва бодикқат шуста тоза намудан, сипас бо тамизгардонӣ, ё бо безаргардонии амиқ бо истифодаи чорабиниҳои тавсияшуда.
- Истифодабарии чораҳои стандартии эҳтиёткорӣ бояд ба бари худ иммунизатсияи коргарони тибро зидди гепатити Б ба бар гирад.

Истифода бурдани чораҳои дурусти пешгирии сироятҳо даври интиқоли беморихоро (Рас. 1) бо яке аз чор усули зерин халалдор менамояд:

1. Микдори микроорганизмҳои мавҷудаеро, ки боиси беморӣ мешаванд, кам менамояд (ба таври муқаррарӣ шустани дастҳо, шустани асбобҳо);
2. Микроорганизмҳоеро нест ё нофаъол мекунад, ки боиси беморӣ мегарданд (тоза намудани дастҳо бо маҳлули зиддитаафғунӣ спиртдор, безаргардонӣ);
3. Ба вучуд овардани монеаҳо барои пешгирии паҳншавии сироятҳо (пӯшидани дастпӯшакҳо ва дигар воситаҳои фардии муҳофизат),
4. Истифода бурдани чораҳои беҳатарӣ дар толори ҷарроҳи (услуби «бе даст» барои додани асбобҳои ҷарроҳӣ, истифодаи дастпӯшаку сузандорухи яккарата).

Расми 1-1. Даври интиқоли беморихо



2. ЧОРАҲОИ ЭҲТИЁТКОРИИ БО УСУЛИ ИНТИҚОЛИ СИРОЯТҲО АСОСНОКШУДА (ИЗОЛЯТОРҲО)

Илова ба чораҳои стандартии эҳтиёткорӣ, ки нисбати ҳамаи ниёзмандон ба кор бурда мешаванд, чораҳои иловагии эҳтиёткорӣ мавҷуданд, ки бо усули интиқоли сироят асоснок шудаанд. Онҳо бояд нисбати ниёзмандоне истифода бурда шаванд, ки дар онҳо барангезандаи беморие, ки умуман ё қисман бо роҳи ҳавой, қатрагӣ ё иртиботӣ интиқол меёбад, ошкор карда шудааст ё шубҳа карда мешавад. Гохҳо истифода бурдани чораҳои изолятсионӣ зарур шуда менамояд, ки ба якҷанд гурӯҳ дохил мешаванд.

2.1. Чораҳои пешгири намудани сироятҳои бо роҳи ҳавой интиқолёбанда

Ин чораҳои эҳтиёткорӣ кам намудани интиқоли дохилибеморхонавии ҳиссаҷаҳои андозаашонг $5 \mu\text{m}$ ё камтарро пешбинӣ менамоянд, ки метавонанд дар ҳаво муддати якҷанд соат боқӣ монанд ва ба таври васеъ паҳн гарданд. (**Ҷадвали 2-1**). Микороорганизмҳое, ки пурра ё қисман бо роҳи ҳавой интиқол меёбанд, микобактерияҳои сил (МБС), вирусҳои гулафшон ва вирусҳои сурхча мебошанд. Чораҳои эҳтиёткории пешгири намудани интиқоли ҳавоии сироят барои бемороне тавсия дода мешавад, ки дар онҳо барангезандаҳои ин беморӣ ошкор карда шудаанд ё шубҳа карда мешаванд. Масалан, нисбати шахси бо ВНМО сироятнокшудаи дорои сулфа, серарақии шабона ё ҳарорат ва маълумотҳои клиникӣ ё рентгенологии шушҳо чораҳои эҳтиёткории пешгири намудани интиқоли ҳавоии сироят бояд то даме истифода бурда шаванд, ки бемории сил истисно карда нашавад.

Табл Ҷадвали 2-1. Чораҳои эҳтиёткорӣ хангоми усули ҳавоии интиқол

Илова ба чораҳои стандартии эҳтиёткорӣ нисбати бемороне, ки дар онҳо барангезандаи беморие, ки умуман ё қисман бо роҳи ҳавой, қатрагӣ ё иртиботӣ интиқол меёбад, ошкор карда шудааст ё шубҳа карда мешавад, истифода баред.

ҶОЙГИРКУНОНИИ БЕМОР



- Хучраи алоҳида.
- Дар пӯшида аст.
- Шамолдихӣ дар хучра аз дарун ба берун (фишори манфии ҳаво) бо ёрии вентилятор (шамолдихак) ё дигар системаи полоишӣ амалӣ карда мешавад.
- Агар хучраи алоҳида набошад, беморро дар хучраи ниёзманди мубталои ҳамин гуна бемории сироятӣ дар шакли фаъл, вале бе ягон сирояти дигар (гурӯҳбандӣ) ҷойгир намоед.
- Пеш аз ба аёдати бемор иҷозат додан, ҳамаи аёдаткунандагонро нисбати устуворият тафтиш намоед.

МУҲОФИЗАТИ РОҲҶОИ НАФАСКАШӢ



- Ниқоби чарроҳӣ пӯшед.
- Агар БС ошкор ё шубҳа карда шавад, респиратори полоиш (филтр)-и бисёрқабатдор (агар мавҷуд бошад) пӯшед.
- Ҳангоми нағзак ё сурхча:
 - Барои шахсони сироятнопазир—ниқоб талаб карда намешавад.
 - Шахсони сироятпазир—ба ҳучра надароянд.
- Аз ҳучра баромада истода, ниқобро кашед ва ба халтачаи пластикӣ ё контейнери партовҳои дорои сарпӯши пурра маҳкамшаванда гузоред.

ИНТИҚОЛДИҲИИ БЕМОР



- Интиқолдиҳии беморро бо мақсадҳои аз ҳама зарурӣ маҳдуд намоед.
- Ҳангоми интиқолдиҳӣ бемор бояд ниқоби чарроҳӣ пӯшида бошад.
- Шӯъбаеро, ки беморро қабул менамояд, огоҳ намоед.

Чораҳои иловагии эҳтиёткорӣ барои ниёзмандони мубталои бемории сил:

- Ба ниёзмандони дар изолятори бемориҳои сил чойгиркардашуда оиди механизми интиқоли бемории сил ва сабаби дар изолятор қарор доштани нақл намоед.
- Ба ниёзмандон ҳангоми сулфа ва атсазанӣ ҳатто дар изолятор барои нигоҳ доштани қатарҳои нам то ба ҳаво паҳн шудани пӯшондани даҳону биниашонро нишон диҳед.
- Ба ниёзмандон барои риоя намудани чораҳои изолятсия кӯмак расонед (масалан, паси дарҳои пӯшида дар изолятор қарор доштани нақл).
- Чораҳои эҳтиёткорӣ ҳангоме ки шубҳа намудани бемории сил тасдиқ карда намешавад ё ҳангоме ки ниёзманд даври пуршиддати муолиҷаро мегузарад, ҳангоме ки ҳолати ниёзманд ба таври клиникӣ беҳтар мешавад ва ҳангоме ки се таҳлили пайдарҳами балғами дар рӯзҳои гуногун ҷамъоварда батсиллаи бемории силро надоранд, метавонанд бекор карда шаванд.

2.2. Чораҳои пешгирӣ намудани сироятҳои бо роҳи катрагӣ интиқолёбанда

Ин чораҳои эҳтиёткорӣ хатари интиқоли дохилибеморхонавии организмҳои бемориовареро паст менамоянд, ки пурра ё қисман бо қатарҳои андозаашон зиёдтар аз 5 μm паҳн мегарданд (масалан *H. influenzae* и *N. meningitides*; *M. pneumoniae*, вирусҳои зуком, паротити эпидемӣ ва сурхча). Дигар ҳолатҳо гулӯзиндонак, кабутсулфа (сулфай рагқашӣ), тоуни шушҳо ва стрептофарингитро (маҳмалаки навзодон ва кӯдакони хурдсол) дар бар мегиранд.

Чораҳои эҳтиёткорӣ оид ба пешгирӣ намудани интиқоли қатрагӣ назар ба чораҳои эҳтиёткориҳои пешгирӣ намудани интиқоли ҳавоӣ осонтар аст, зеро заррачаҳо дар ҳаво фақат дар давоми фосилаи кӯтоҳи вақт боқӣ мемонанд ва фақат дар масофаи қариб якуним метр паҳн мегарданд, аз ин сабаб барои сироятнокшавии ретсипиенти осебпазир иртиботи зич бо сарчашма зарур аст (**Ҷадвали 2-2**)

Ҳангоми пешгирӣ намудани сироятҳои бо роҳи қатрагӣ интиқолёбанда шамолдиҳии махсус ва иваз намудани ҳаво зарурият надорад ва дари ҳучраро кушода мондан мумкин аст.

Таб Ҷадвали 2-2. Чораҳои эҳтиёткорӣ ҳангоми усули қатрагии интиқол
Илова ба чораҳои стандартии эҳтиёткорӣ нисбати бемороне, ки дар онҳо сироятнокшавиҳо бо микроорганизмҳои тавассути қатраҳои калон (зиёда аз 5 μm) интиқолёбанда ошкор карда шудааст ё шубҳа карда мешавад, истифода баред.

ҶОЙГИРКУНОНИИ БЕМОР



- Ҳучраи алоҳида; дарро кушода мондан мумкин аст.
- Агар ҳучраи алоҳида набошад, беморро дар ҳучраи ниёзманди мубталои ҳамин гуна бемории сироятӣ дар шакли фаъол, вале бе ягон сирояти дигар (гурӯҳбандӣ) ҷойгир намоед.
- Агар ҳарду тарз номумкин бошад, пас масофаи лоақал 1 метрро байни беморон таъмин намоед.

МУҲОФИЗАТИ РОҲҲОИ НАФАСКАШӢ



- Агар дар масофаи 1 метр аз бемор қарор дошта бошед, ниқоб пӯшед.

ИНТИҚОЛДИҲИИ БЕМОР



- Интиқолдиҳии беморро бо мақсадҳои аз ҷама зарурӣ маҳдуд намоед.
- Ҳангоми интиқоли бемор бояд ниқоби чарроҳӣ пӯшида бошад.
- Шӯъбаеро, ки беморро қабул менамояд, огоҳ намоед.

2.3. Чораҳои пешгирӣ намудани сироятҳои бо роҳи иртиботӣ (контактный) интиқолёбанда

Ин чораҳои эҳтиёткорӣ хатари интиқоли микроорганизмҳоро аз бемори сироятнокшуда ё мубталои ғуншавии микробҳо тавассути иртиботи бевосита ё бавосита кам менамояд. (Қадвали 2-3). Онҳо барои беморони сироятнокшуда ё мубталои ғуншавии микроорганизмҳои бемориоваре, ки боиси сирояти рӯдаҳо (вируси гепатити А ё ЕСНО-вирусо), вируси герпеси (табҳоли) муқаррарӣ ва табларзаи геморрагӣ ва бактерияҳои ба бисёре аз доруҳо (антибиотикҳо) устувор мегарданд, пешбинӣ карда шудаанд. Қобили тавачҷӯҳ аст, ки гулафшон ҳам бо роҳҳои ҳавоӣ ва ҳам иртиботӣ дар марҳилаҳои гуногуни беморӣ интиқол меёбад. Як қатор вирусҳои мавҷуданд, ки тавассути иртиботи бевосита интиқол ёфта, боиси бемориҳои навзодон мегарданд. Ғайр аз ин, Чораҳои эҳтиётқорӣ пешгирӣ намудани интиқоли иртиботӣ бояд нисбати беморони дорои сирояти намнок ва обияткашандае (дренажшавандае) истифода бурда шаванд, ки метавонад гузаранда бошад (масалан, шукуфа, импетиго, конъюнктивит, хоришак, шабушқҳо ва сироятҳои захм).

Табл Қадвали 2-3. Чораҳои эҳтиётқорӣ ҳангоми усули иртиботии интиқол
Илова ба чораҳои стандартӣ эҳтиётқорӣ нисбати бемороне, ки дар онҳо сироятнокшавӣ ё колонизатсияи микроорганизмҳои тавассути иртиботи бевосита бо беморон ё иртиботи бавосита бо сатҳҳои атроф ва воситаҳои нигоҳубини бемор интиқолёбанда ошкор карда шудааст ё шубҳа карда мешавад, истифода баред.

ҶОЙГИРКУНОНИИ БЕМОР



- Ҳучраи алоҳида; дарро кушода мондан мумкин аст.
- Агар ҳучраи алоҳида набошад, беморро дар ҳучраи ниёзманди мубталои ҳамин гуна бемории сироятӣ дар шакли фаъол, вале бе ягон сирояти дигар (гурӯҳбандӣ) ҷойгир намоед.

ДАСТПҶШАКҲО



- Ҳангоми ба ҳучра даромадан дастпӯшакҳои тоза пӯшед.
- Баъди иртибот бо маводҳои сироятӣ (масалан, ихроҷҳо ё дренажи захм) дастпӯшакҳоро иваз намоед).
- Пеш аз ҳучра баромадан дастпӯшакҳоро кашед.

ШУСТАНИ ДАСТҲО



- Дастонатонро бо воситаҳои зиддимикробӣ шӯед ё баъди кашидани дастпӯшакҳо воситаи беоби зидди тааффуниро барои тоза намудани дастҳо бо асоси спирти истифода баред.
- Ба сатҳҳо ва ашёҳои эҳтимолан сироятнокшуда то аз ҳучра баромадан даст нарасонед.

ХИЛЪАТ ВА ВОСИТАҲОИ МУҲОФИЗАТ



- Ҳангоми ба ҳучраи бемор даромадан, агар иртибот бо бемор пешбинӣ шавад ё агар бемор мубталои дошта натавонистани пешоб, фазла, дарунравӣ бошад, агар илеостомия, колостомия ё дренажи захми бо бандина пӯшонданашудаи вай гузаронида шавад, хилъати тоза, бесироят пӯшед.
- Пеш аз ҳучра баромадан хилъатро кашед. То аз ҳучра баромадан либосатонро ба сатҳҳо ё ашёҳои эҳтимолан сироятнокшуда нарасонед.

ИНТИҚОЛДИҲИИ БЕМОР



- Интиқолдиҳии беморро бо мақсадҳои аз ҳама зарурӣ маҳдуд намоед.
- Ҳангоми интиқолдиҳӣ чораҳои эҳтиёткориро барои ба таври куллан кам намудани хатари интиқоли микроорганизмҳо андешед.

ТАҶҲИЗОТҲОИ НИГОҲУБИНИ БЕМОР



- Агар имконият бошад таҷҳизотро барои нигоҳубини як бемор вобаста кунед.
- Ҳар гуна таҷҳизотро, ки ҳам аз тарафи беморони сироятнокшуда ва ҳам сироятнашуда истифода бурда шудаанд, баъди ҳар як истифодабарӣ шӯед ва дезинфексия намоед.

2.4. Истифодаи эмпирикии чораҳои эҳтиёткорӣ аз рӯи усулҳои интиқоли сироят

Ниёзмандон метавонанд ба беморхона бе ташхиси муайян ворид гарданд ё гузаронида шаванд. Ҳангоми ҳар гуна шубҳа намудани нисбати раванди сироятии организми бемор, ҳангоми набудани ташхис бо назардошти аломату нишонаҳои дар бемор мушоҳидашаванда (заминаи эмпирикӣ) чораҳои эҳтиёткориро аз рӯи усули интиқол то даме гузаронидан лозим аст, ки ташхиси дақиқ муқаррар карда нашавад.

Таблит Чадвали 2-4. Истифодаи таҷрибавии (эмпирики) чораҳои эҳтиёткорӣ аз рӯи усулҳои интиқол (аз рӯи аломату нишонаҳо)

ҲАВОӢ

- Сулфа, ҳарорат ва тағйирот дар қисмати болоии қафаси сина (нафаскашии суштшуда)
- Сулфа, ҳарорат ва тағйирот дар ҳар гуна қисмати қафаси синаи шахси бо ВНМО сироятнокшуда дар гурӯҳи хатари баланди ВНМО
- Доначасорӣ (везикулярӣ ё римхонагӣ)

ҚАТРАГӢ

- Сулфа саҳти устувор ҳангоми дар байни аҳоли мавҷуд будани сулфакабутак
- Менингит (ҳарорат, қайқунӣ ва казозияти мушакҳои пушти сар)
- Доначаҳои геморрагӣ (хунрез) бо ҳарорат
- Доначаҳо дар тамоми бадан бо сабабҳои номаълум

ИРТИБОТӢ

- Бемории мубталои дарунравии шадид
- нигоҳ дошта натавонистан
- Дарунравии калонсолони ба наздикӣ антибиотикҳоро қабулнамуда
- Бронхит ва ҳуноқ (круп)-и навзодону кӯдакони хурдсол
- Сирояти аз микроорганизмҳои бавучудомада, ки дар анамнез нисбати бисёре аз доруҳо (ғайр аз БС) устуворанд
- Думмал ё захми обияткашанда, ки бандина гузоштан мумкин нест

2.5. Беҳдошти роҳҳои нафас ва қоидаҳои рафтор ҳангоми сулфа

Барои пешгирӣ намудани интиқоли ҳамаи сироятҳои роҳҳои нафас дар шароити муассасаҳои тиббӣ, аз ҷумла зуком (*Influenza*), чораҳои зерини эҳтиёткорӣ бояд аз нуқтаи назари иртиботи аввалин бо шахси эҳтимолан сироятнокшуда ба амал татбиқ карда шаванд. Онҳо бояд дар амалияи пешгирии сироятҳо ҳамчун яке аз ҷузъҳои чораҳои стандартии эҳтиёткорӣ истифода бурда шаванд.

Пешгирии назарӣ (визуалӣ)

Дар даромадгоҳи муассасае, ки ба он ниёзмандону аҳоли ташриф меоваранд (шӯъбаи ёрии таъҷилӣ, марказҳои саломатӣ, утоқҳои табибон) дарстурамалро барои ниёзмандон ва шахсони онҳоро ҳамроҳикунанда оид ба он овезон кунед, ки агар аломатҳои сирояти респираторӣ дошта бошанд, онҳо бояд 1) қорамандони клиникаро ҳангоми бақайдгирӣ огоҳ намоянд ва 2) қоидаҳои рафторро ҳангоми сулфа риоя намоянд.

Қоидаҳои рафтор ҳангоми сулфа

Усулҳои зерини кам намудани паҳншавии тарашшӯҳоти респираторӣ барои ҳамаи онҳое тавсия дода мешаванд, ки аломатҳои сирояти респираторӣ доранд:

- хангоми сулфа ё атса задан бинию даҳонатонро бо рӯймолча пӯшонед;

- барои тарашшӯхоти респираторӣ сачоқчаҳои қоғазини яккаратаро истифода баред ва онҳоро баъди истифодабарӣ то ҷое имкон дорад тезтар ба ахлотқуттии наздиктарин партоед;

- баъди иртибот бо тарашшӯхоти респираторӣ ё объекту маводҳои захролудшуда беҳдошти дастонро риоя намоед (яъне дастҳоро бо обу собун ё маҳлули собун шӯед, маҳлули беобро барои тоза намудан дар асоси спирти ё маҳлули зиддитаафуниро истифода баред).

Аз рӯи имконият, муассисаҳои тиббӣ бояд миқдори кофии маводҳоеро таъмин намоянд, ки барои риоя намудани беҳдошти респираторӣ дар утокҳои интизорӣ барои ниёзманду аёдаткунандагон кӯмак мерасонанд:

- сачоқҳои қоғазин ва ахлотқуттиҳоеро барои сачоқчаҳои истифодашуда таъмин намоед, ки бо даст кушодани онҳо лозим нест;

- шишачаҳои дорои маҳлулҳои барои тозакунии дастҳоро дар асоси спирти ё маҳлули зиддитаафунӣ дар ҷойи барои ниёзманду аёдаткунандагон қулай гузоред. Агар дастшӯяк дастрас бошад, доимо мавҷуд будани собун ва сачоқҳои яккаратаро таъмин намоед.

Пӯшидани ниқоб ва ҷудо намудани шахсони дорои аломатҳои бемориҳои респираторӣ

Дар давраҳои беморшавии баланди респираторӣ дар байни аҳоли, (яъне ҳангоме ки зиёдшавии фоизи дар мактаб ва дар ҷойҳои корӣ ҳузур надоштагон мушоҳида карда мешавад ва ташрифи табибон оид ба шикоятҳо аз бемориҳои респираторӣ бисёртар мегардад), ниқобҳои рӯйро барои онҳое пешниҳод кардан лозим аст, ки сулфа мезананд. Ҳар гуна ниқобҳои илочиявӣ (бо ҳалқаҳо барои гӯшҳо) ё ниқобҳои ҷарроҳӣ (бо бандинаҳо) метавонанд барои кам намудани паҳншавии ихроҷҳои респираторӣ истифода бурда шаванд. Вале барои истифода бурдани респираторҳо зарурият нест.

Ҳангоме ки майдон ва мавҷуд будани ҷойҳои нишаст имконият медиҳанд, ба одамони сулфазананда лоақал як метр аз шахсони дигари дар утоқи умумии интизорӣ ҳузурдошта нишинанд. Баъзе аз муассисаҳои тиббӣ аз нуқтаи назари ташкилӣ риоя намудани чунин тартибро дар давоми сол қулай мешуморанд.

Ҷораҳои пешгирии сироятҳои бо роҳи қатрагӣ интиқолёбанда

Кормандони тиббӣ бояд *Ҷораҳои пешгирӣ намудани сироятҳои бо роҳи қатрагӣ интиқолёбандаи* дар боло овардашударо риоя намоянд, яъне хангоми иртиботи наздик, хангоми муоинаи ниёзманди аломатҳои сироятҳои респираторӣ, махсусан бо ҳарорати баланд илова ба ҷораҳои стандартии эҳтиёткорӣ ниқоби ҷарроҳӣ ё илочиявӣ пӯшанд. Ин ҷораҳо бояд то даме риоя карда шаванд, ки омили ҷораҳои пешгирии сироятҳои бо роҳи қатрагӣ интиқолёбандаро талабкунанда сабаби аломатҳо намебошад.

3. БЕҲДОШТИИ ДАСТҲО

Беҳдоштии дастҳо микдори микроорганизмҳои бемориоварро хеле кам намуда, барои то кам кардани сироятёбии дутарафа (масалан, аз корманди тиббӣ ба ниёзманд) мусоидат менамояд. Нишондодҳо оид ба беҳдоштии дастҳо ба таври васеъ маълуманд, вале дастурамали методикаҳои беҳтар такмил ёфта истодааст. Масалан, интихоби байни собуни муқаррарӣ ва зиддиуфунӣ, ё воситаи зиддиуфунӣ барои тоза намудани дастҳо аз дараҷаи хатар ҳангоми иртибот бо ниёзманд ва мавҷуд будани имкониятҳо вобастагӣ дошта метавонад.

Тавсияҳои ҷорӣ барои кормандони тиббӣ чунинанд:

- хангоме, ки пӯст осеб ёфтааст ё зуд-зуд шустани дастҳо талаб карда мешавад, барои нест кардани ифлосӣ ва изҳои ифлосшавӣ маҳлули собун ё собуни нармро (бе моддаи зиддитаафунӣ) истифода бурдан лозим аст;
- агар таъсири зиддимикробӣ расонидан беҳтар бошад (масалан, пеш аз илочиҳои олоишӣ ё иртибот бо ниёзмандони махсусан сироятпазир, ба мисли беморони мубталои БНМО ё навзодон) ва дар дастҳо ифлосшавии зоҳиршаванда набошад, истифода бурдани воситаи зиддитааффунии тозакунанда назар ба шустани дастҳо бо собуни муоллиҷавии зиддиуфунӣ авлотар аст;
- дар минтақаҳои хатари баланд, ба мисли толори ҷарроҳи, шӯъбаи табобати интенсиви барои навзодон ё шӯъбаи трансплантологи дар протоколҳо барои тоза намудани дастҳо шустан бо ҷутқаҳои саҳт муддати 6-10 дақиқа бояд бо истифода бурдани ҷутқаҳои нарм ва исфанҷҳо дар давоми вақти нисбатан кутоҳ (вале на камтар аз 2 дақиқа) иваз карда шавад;
- кормандоне, ки дастҳояшонро зуд-зуд мешӯянд (30 маротиба ва зиёдтар дар давоми баст) ба мақсади кам намудани барангезиши дастҳо бояд бо оби мушкін (лосон) ва крем таъмин карда шаванд.

Беҳдошти дастҳо метавонад бо шустани мутаассиб (рутинное)-и дастҳо (бо воситаи зиддиуфунӣ ё бе он) ё бо зиддитаффуният (анитсептик) тоза намудани дастҳо ё коркарди ҷарроҳии дастҳо бо истифодаи воситаи беоби зиддитаафунӣ барои тоза кардани дастҳо дар асоси спиртӣ ба даст оварда шавад. Мақсаду усули ҳар яке аз онҳо каме кушодани дастҳо мебошад.

Эзоҳ: Ҳангоми набудани сачоқҳои яккарата дастҳоро бо сачоқ тоза кунед ё дар ҳаво хушк намоед. Сачоқи истифодаи умум набояд ба кор бурда шавад, зеро тез сироятнок мешавад.

3.1. Қоидаҳои умумии шустани дастҳо

Шустани дастҳо. Мақсади шустани дастҳо ба таври механикӣ аз пӯст нест кардани ифлосиҳо ва изҳои ифлосшавӣ ва кам намудани микдори микроорганизмҳои транзитӣ мебошад. Шустани дастҳо бо маҳлул ё собуни муқаррарӣ ё оби тоза ҳамчунин ба мисли шустан бо собуни зиддимикробӣ самаранок мебошад. Илова бар ин, собуни муқаррарӣ боиси барангезиши камтаре мегардад.

Дастхоро мебояд **пеш аз:**

- муоинаи ниёзманд (иртиботи бевосита); ва
- пӯшидани дастпӯшакҳои чарроҳии таъмизшуда пеш аз чарроҳӣ ё дастпушакҳои азназаргузаронӣ пеш аз амалиётҳои мутаассиб (рутинное), ба мисли муоинаи гинекологӣ, шустан лозим аст.

Дастхоро мебояд **баъд аз:**

ҳар гуна вазъиятҳое, ки дастҳо метавонистанд зарарнок шаванд, ба мисли:

- кор бо асбобҳои ифлос ё ашёҳои дигар;
- даст расонидан ба луобпардаҳо, хун ва дигар моеъҳои биологии организм;
- иртиботи давомнок ва интенсиви бо ниёзманд ва кашидани дастпӯшакҳо,

шустан лозим аст.

Дастхоро **баъди** кашидани дастпӯшакҳо барои он бо маҳлул ё собуну оби тоза шустан (ё истифода бурдани воситаи зиддитаафунӣ барои тоза кардани дастҳо) лозим аст, ки дастпӯшакҳо метавонанд буришҳои хурд-хурд ё кафидагӣ дошта бошанд, ва бактерияҳо ба воситаи онҳо дар дохили дастпӯшак шуда, дар натиҷаи муҳити намноку гарми дохили дастпӯшакҳо тез афзоиш ёбанд.

Азбаски микроорганизмҳо дар намнокӣ ва оби гандида месабзанд ва афзоиш меёбанд:

- агар собуни саҳт истифода бурда шавад, порчаҳои хурд-хурди собун ва собундонаки тағаш сӯрохидор, ки обро мегузаронад, беҳтар аст;

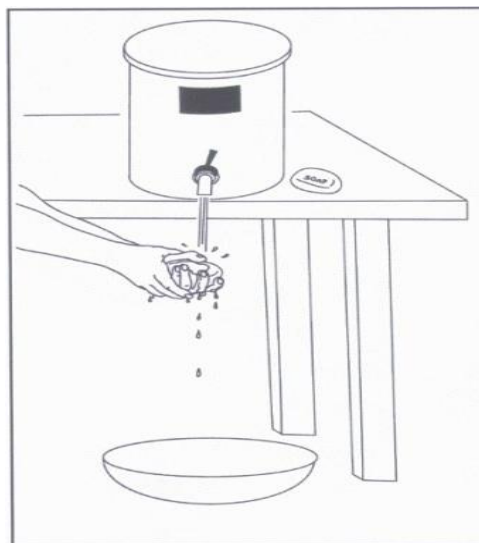
- аз дастони худро дар зарфи оби гандидадор андохтан дурӣ намоед. Ҳатто ҳангоми илова кардани воситаҳои зиддиуфунӣ, ба мисли Деттол (Dettol®) ё Савлон (Savlon®), микроорганизмҳо метавонанд зинда монанд ва дар чунин маҳлулҳо афзоиш ёбанд;

- собуни моеъро ба дозатори қисман гандидаи собуни моеъ илова накунад. Чунин таҷрибаи «пуркунии» дозаторҳо метавонад боиси захролудшавии бактериявии собун гардад;

Эзоҳ: Дар он ҳолатҳое, ки дозаторҳои собун такроран истифода бурда мешаванд, онҳоро пеш аз пуркунӣ бодикқат тоза кардан лозим аст;

- агар оби водопровод набошад, чалаки чумакдорро истифода баред, то ин ки онро ҳангоми собун задани дастҳо тоб додан ва аз сари нав барои чайқондани дастҳо кушодан мумкин бошад, ё сатили обдор ва кӯзаро истифода баред.

Эзоҳ: Оби истифодашударо ба зарф ҷамъ намуда, сипас дар канализатсия ё ҳочатхона рехтан лозим аст



3.2. Зиддитааффунияти (антисептика)-и дастҳо

Мақсади зиддитааффунияти (антисептика)-и дастҳо нест кардани ифлосиҳо ва изҳои ифлосшавӣ, инчунин, кам намудани микрофлораи ҳам транзитӣ ва ҳам резидентӣ мебошад. Техникаи зиддитааффунияти дастҳо ба шустани муқаррарии дастҳо бо собун монандӣ дорад. Вай аз шустани дастҳо бо собуну об ё воситаи шӯяндае (саҳт ё моеъ), ки ба ҷои собуни муқаррарӣ зиддитааффуният (аксаран хлоргексидин, йодофор ё триклозан) дорад, иборат аст.

Зиддитааффунияти дастҳоро **пеш аз:**

- муоина ва нигоҳубини ниёзмандони махсусан сироятпазир (масалан, навзодони норасид, ниёзмандони пиронсол ё беморони БНМО);
- гузаронидани амалиётҳои инвазивӣ, ба мисли ворид намудани асбобҳои дохилирағӣ;
- баромадан аз хучрае, ки дар он ҷораҳои иртиботии эҳтиёткорӣ (масалан, гепатити А ё Е) риоя карда мешавад, ё аз назди ниёзмандоне, ки сирояти нисбати доруҳо устувор (масалан, стафилококки метитсиллин-муқовиматпазир) доранд, гузаронидан лозим аст.

Шустани дастҳо бо собун ё воситаи шӯяндаи зиддимикробӣ назар ба истифодаи воситаҳои зиддитааффунии тозакунии дастҳо ба пӯст таъсири нисбатан бештари барангезанда мерасонад, аз ин сабаб аз рӯи имконият, ба ҷои шустани дастҳо бо зиддитааффуният (антисептик) тоза кардани дастҳоро истифода бурдан лозим аст.

Тозакунии зиддитааффуни дастҳо

Тозакунии зиддитааффунии дастҳо барои нест кардани флораи транзитӣ ва резидентӣ назар ба шустан бо воситаҳои зиддимикробӣ ё маҳлули собун об самараноктар аст, вақти камеро мегирад, истифодабариаш қулай аст ва камкунии зиёдтари флораи микробиро дар дастҳо таъмин менамояд. Воситаҳои зиддитааффуни дастҳо ҳамчунин миқдори начандон зиёди мулоимкунандаҳо, ба мисли глитсерин, пропиленгликол ё сорбит доранд, ки пӯстро муҳофизат ва мулоим менамоянд.

Барои ба даст овардани самарайи тоза кардани дастон миқдори мувофиқи маҳлулро истифода бурдан лозим аст. Масалан, ҳангоми зиёд намудани миқдори маҳлул аз 1 мл то 5 мл барои як бор истифодабарӣ (қариб 1 қошукча) самаранокӣ хеле зиёд мегардад.

Азбаски воситаҳои зиддитааффуни дастҳо ифлосиҳо ва моддаҳои органикиро нест намекунанд, дар ҳолати ба таври намоён олуда шавӣ ё бо хун ва дигар моеъҳои биологӣ ифлосшавии дастҳо аввал дастро бо обу собун шустан лозим аст. Ғайр аз ин, барои кам намудани «ғуншавии» муолимакунандаҳо дар даст баъди ҳар 10-15 истифодабарии воситаи зиддиуфунӣ бо собуну об шустани дастҳо тавсия дода мешавад. Ниҳоят, воситаҳои тозакунии дастҳо, ки ба сифати ингредиенти фаъол танҳо спирт доранд, назар ба онҳое, ки спирт бо илова намудани зиддитааффуният, ба мисли хлоргексидин доранд, самарайи маҳдуди боқимондаро (яъне

қобилияти пешгирӣ намудани афзоиши бактерияхоро баъди истифодабарӣ) доро мебошанд.

Тавре, ки дар поён нишон дода шудааст, тайёр намудани маҳлули самараноки зиддитааффунии тозакунии дастҳо чандон қимат ва мураккаб нест:

Формулаи тайёр намудани маҳлулҳои тозакунии дастҳо дар асоси спирт		
Усули тайёр намудан барои 10 литр маҳлул		
Формулаи 1	Этанол 96% - 8333 мл. Перекуси гидрогении 3 % H_2O_2 - 417 мл. Глитсерин 98% - 145 мл.	<i>Маҳсули охир:</i> Этанол 80% Перекуси гидрогени 0,125 % Глитсерин – 1,45 %
Формулаи 2	Спирти изопропилӣ 99,8% - 7515 мл. Перекуси гидрогении 3 % H_2O_2 - 417 мл. Глитсерин 98% - 145 мл.	<i>Маҳсули охир:</i> Спирти изопропилӣ 75% Перекуси гидрогении 0,125 % Глитсерин – 1,45 %

3.3. Коркади чарроҳии дастҳо

Вазифаи коркарди чарроҳии дастҳо ба таври механикӣ нест кардани ифлосшавиҳо ва микроорганизмҳои транзитӣ ва кам намудани микрофлораи резидентӣ дар мӯҳлати чарроҳӣ мебошад. Мақсад - пешгирӣ намудан аз сироятнокшавии бо микроорганизмҳо, аз дастони чарроҳ ва ёварон (ассистентҳо) мебошад.

Солҳои зиёде протоколҳои коркарди пеш аз чарроҳии дастҳо лоақал 6-10 дақиқа фаёлона тозакунии дастҳоро бо чӯтка ё исфанҷ бо истифода бурдани собуни дорои зиддитааффуниятро (хлоргексидин ё йодофор) талаб мекарданд. Вале собит карда шуд, ки ин таҷриба ба пӯст осеб мерасонад ва метавонад натиҷаи паҳншавии зиёди бактерияҳо аз дастҳо гардад. Шустани дудақиқагии дастҳо бо собуну оби тоза ва баъдан бо маҳлули 2–4%-и хлоргексидин ё 7,5–10%-и повидон йодин тоза кардан ба мисли тозакунии 5-дақиқагӣ бо истифодаи собуни зиддиуфунӣ ҳамчунин самаранок аст.

Эзоҳ: Особҳои пӯст, ки аз аксуламалҳои аллергӣ ба вучуд омадаанд, ҷойи идеалӣ барои афзоиши микроорганизмҳо мебошад ва аз он канорагирӣ кардан лозим аст. Корманди мубталои аллергия нисбати антисептикҳо метавонад аз собуни муқаррарӣ ва баъдан молидани воситаи

беоб барои тозакунии дастҳо дар асоси спиртӣ, ки дар боло баён шуда буд, истифода барад.

Молидани зиддитааффуният миқдори микроорганизмҳоро дар дастҳои зерӣ дастпӯшакбуда то минимум мерасонад ва ҳангоми ҷарроҳӣ инкишофи микрофлораро ниҳоят кам мекунад. Ин муҳим аст, чунки дастпӯшакҳо метавонанд сӯрохиҳои ноайён ё даридагӣҳо дошта бошанд ё ҳангоми ҷарроҳӣ осеб бинанд.

Ба сифати варианти алтернативӣ шустани дастҳо ва тозакунии баъдина бо зиддитааффунияти хлоргексидиндор истифода бурда мешавад, ки тавре собит карда шудааст кам намудани микроби дастҳоро таъмин намуда, солимии пӯстро беҳтар менамояд ва талаботи вақту захираҳоро кам менамояд.

Оби мушқину кремҳо барои даст

Ба мақсади кам намудани дерматити иртиботии бо беҳдошти дастҳо алоқаманд дар натиҷаи зуд-зуд шустани дастҳо (>30 бор дар як баст), истифода бурдани воситаҳои шӯяндаи барангезандаи пӯст ва таъсири воситаҳои зиддиуфунӣ (маҳлулҳои 60–90%-и спиртӣ назар ба дигар воситаҳои шӯяндаи зиддиуфунӣ ва ғайритааффуни пӯстро камтар барагезиш медиҳанд), кормандони тиббӣ бояд оби мушқин, кремҳо ва воситаҳои мулоимкунандаи нигоҳубини пӯстро истифода баранд.

Мунтазам истифода бурдани чунин воситаҳо (лоақал ду бор дар як рӯз) дерматити иртиботиро пешгирӣ ва муолиҷа мекунад. Илова бар ин, воситаҳои намноккунанда метавонанд хушкшавӣ, осебёбӣ ва беравғаншавии пӯстро пешгирӣ намоянд. Воситаҳои мулоимкунанда ба мисли глицерин ва сорбит бо зиддитааффуниятҳо ва бе онҳо метавонанд захролудшавии дутарафаро пешгирӣ намоянд, зеро онҳо паҳншавии бактерияҳоро аз пӯст муддати то 4 соат пешгирӣ менамоянд.

Аз тарафи кормандони тиббӣ истифода бурда шудани обҳои мушқин барои даст, крему воситаҳои мулоимкунандаи нигоҳубини дастҳоро ҳавасманд намудан лозим аст. Ин маводҳо бояд ё дар шишаҷаҳои начандон калони истифодабарии фардӣ, ки ҳамроҳи худ гирифтагон осон аст, ё дар дозаторҳои поршендор, ки ба мақсади кам намудани имконияти захролудшавӣ такроран пур кардан имконият надорад, бастабандӣ карда шаванд. Барои чигил накардан, ин дозаторҳоро дар паҳлӯи дозаторҳои дорои воситаҳои зиддитаафунӣ гузоштан мумкин нест.

Воситаҳои муҳофизатӣ бо асоси равғанӣ, масалан вазелин (Vaseline®) ё ланолиндорро истифода бурдан лозим нест, зеро онҳо ба дастпӯшакҳои латексӣ зарар мерасонанд.

Осебҳо ва кафидагӣҳои пӯст

Пӯстпарда, панҷаи даст ва банди дастҳо бояд аз осебҳо (дерматит ё экзема) ва нуқсонҳои пӯст (буридагӣҳо, харошҳову тарқишҳо) холӣ бошанд. Буришу харошҳо бояд бо бандинаи обногузар пӯшонда шаванд. Агар чунин бандина номумкин бошад, корманди ҷарроҳӣ набояд то шифо ёфтани осебҳо ҷарроҳӣ намояд.

Нохунҳо

Тадқиқот нишон дод, ки нишемангоҳи нохунҳо (қисмати зеринохунҳо) миқдори аз хама зиёди микробҳои дастро дорад. Илова бар ин, якчанд тадқиқотҳои охирин нишон доданд, ки нохунҳои дароз метавонанд барои батсиллаҳои грамманфӣ (*P. aeruginosa*), замбуруғҳои хамирмоягӣ ва дигар микроорганизмҳои бемориовар ҳамчун манбаи афзоиш (резервуар) хизмат намоянд. Ғайр аз ин, нохунҳои дарози табиӣ ё сунӣ метавонанд дастпӯшакхоро шикӯф намоянд. Бинобар ин нисбатан кутоҳ – на дарозтари 3 мм аз нӯги ангушт нигоҳ доштани нохунҳо тавсия дода мешавад.

Нохунҳои сунӣ

Нохунҳои сунӣ (нохунҳои гузошташаванда, дарозкунандаҳои акрилӣ ва ғайра) кормандони тиббӣ метавонанд сабаби паҳншавии сироятҳои дохили беморхонаги (нозокомиалӣ) гарданд. Нохунҳои сунӣ метавонанд барои батсиллаҳои бемориовари грамманфӣ ҳамчун манбаи афзоиш хизмат намоянд; аз ин сабаб, кормандони тиб, махсусан, аъзоёни бригааи ҷарроҳӣ бояд истифодаи онҳоро маҳдуд намоянд. Нохунҳои сунӣ ҳамчунин барои шахсони зерин тавсия дода намешавад:

- -дар шӯъбаҳои махсусгардондашуда, ба мисли шӯъбаи табобати интенсивии навзодон;
- -ба шахсони нигоҳубинкунанда маризони дорои осебпазирии баланд нисбати сироятҳо, ё
- - табибони муолиҷакунандаи маризони дорои сирояти микроорганизмҳои резистенти.

Лак барои нохунҳо

- Гарчанде нисбати лаки нохунҳо маҳдудият вучуд надорад, тавсия дода мешавад, ки аъзоёни бригааи ҷарроҳӣ, инчунин онҳое, ки дар шӯъбаҳои махсусгардондашуда кор мекунанд, бояд дар нохунҳо лак надошта бошанд. Лаки қисман хурдашуда назар ба нохунҳои ба тозагӣ рангкардашуда ё табиӣ ба зиёд шудани миқдори микроорганизмҳои нохунҳо мусоидат менамояд.

Ороишот

- Гарчанде баъзе аз тадқиқотҳо нишон доданд, ки пӯсти зери ангуштаринҳо назар ба қисматҳои пӯсти бе ангуштарин бештар тухмнок мешавад, ҳоло маълумотҳои вучуд надоранд, ки пӯшидани ангуштаринҳо боиси интиқоли зиёди микроорганизмҳои бемориовар мегардад. Вале тавсия дода мешавад, ки аъзоёни бригааи ҷарроҳӣ ангуштарин напӯшанд, зеро онҳо тарангкунии дастпӯшакхоро дувшвор намуда, онҳоро даронда метавонанд.
- Ҳамчунин барои шахсони зерин тавсия дода намешавад:

- -дар шӯъбаҳои махсусгардондашуда, ба мисли шӯъбаи табобати интензивии навзодон;
- -ба шахсони нигоҳубинкунанда маризони дорои осебпазирии баланд нисбати сироятҳо, ё
- - табибони муолиҷакунандаи маризони дорои сирояти микроорганизмҳои резистенти.
-

4. ВОСИТАҲОИ МУҲОФИЗАТИ ФАРДӢ

Монеаҳои муҳофизатӣ, ки воситаҳои муҳофизати фардӣ (ВМФ) номида мешаванд, солҳои зиёде барои муҳофизати ниёзмандон аз микроорганизмҳои дар кормандони тиббӣ мавҷудбуд, ки дар муассисаҳои тиббӣ кор мекунанд, истифода бурда мешуданд. Солҳои охир, бо пайдо шудани БНМО ва гепатити С, инчунин, бо тавлиди бемории сил дар мамлакатҳои зиёд истифода бурдани ВФМ барои муҳофизати кормандон ҳамчунин вазифаи муҳим гардид.

Ниёзмандону кормандони тиббӣ сарчашмаи асосии микроорганизмҳои мебошанд, ки сироятҳои баъди илочиҳои ҷарроҳӣ ё олоиширо (инвазивӣ) ба вучуд меоваранд. Сарчашмаҳои муҳим сару пусти одамон, даҳону бинии онҳо, хуну моеъҳои физиологӣ, инчунин дастони онҳоро дар бар мегиранд. Илова ба ин, амалҳои онҳо, ба мисли даст расонидан ба сатҳҳои ифлос ҳамчунин микроорганизмҳоро паҳн месозад. Фароҳам овардани монеаи механикӣ ё химиявӣ (масалан, дастпӯшакҳо ё маҳлули зиддиуфунӣ) байни микроорганизмҳову одам (ниёзманд ё корманди тиббӣ) усули самаранокӣ пешгирӣ намудани сироят ҳам аз одам ба одам, ҳам аз таҷҳизот ё муҳити атроф мебошад.

Воситаҳои фардии муҳофизат чиро ифода мекунанд?

Воситаҳои фардии муҳофизат дар бар мегиранд: дастпӯшакҳо, ниқоб/респиратор, воситаҳои муҳофизати чашмҳо (сипарчаи рӯй, айнакҳои муҳофизатии навъҳои гуногун), каллапӯшҳо, хилъат, пешдоман ва ғайра. Дар бисёре аз мамлакатҳо каллапуш, хилат ва чойпушои ҷарроҳӣ аз матоъ ё қоғаз тайёр карда мешаванд. Монеаҳои нисбатан самаранок аз матоъҳои махсус коркардшуда ё маводҳои синтетикӣ тайёр карда мешаванд, ки барои аз қабати онҳо гузаштани обу дигар моеъҳо (хун ё моеъҳои биологии организм) имконият намедиҳанд. Вале, ин маводҳои намнокиро нагузаронанда дар ҳама ҷо дастрас нестанд, чунки қимат мебошанд. Маводи барои либосҳои ҷарроҳӣ (ниқоб, каллапӯшҳо, хилъат, чойпушои ҷарроҳӣ) нисбатан бештар истифодашаванда дар бисёре аз мамлакатҳо матои сабуки газвори пахтагӣ (бо зичии ресмонҳо 22/см²) мебошад. Мутаассифона, матои сабуки пахтагӣ монеаи самаранок ба ҳисоб намеравад, чунки намӣ ба осонӣ аз он мегузарад ва метавонад олудашавӣ (контаминатсия) ба амал ояд. Аз тарафи дигар, матоҳои дағали пахтагӣ ё карбосӣ барои гузаштани буғ хеле зич мебошанд (яъне, онҳо барои

бесироятгардонӣ истифода шуда наметавонанд), онҳоро шустан ва дуру дароз хушк намудан хеле душвор мебошад. Вақте ки матоъҳо истифода мешаванд, онҳо бояд сафед ё равшан бошанд, то ин ки дар онҳо ифлосӣ ва ифлосшавӣ ба осонӣ дида шавад.

Ба ҳеҷ вачҳ каллапӯш, ниқоб ё чойпушҳои ҷарроҳии қоғазинро такроран истифода бурдан мумкин нест, зеро онҳоро ба таври мувофиқ тоза намудан имконият надорад. **Агар шустан мумкин набошад, такроран онҳоро истифода набаред!**

4.1. Дастпӯшакҳо

Дастпӯшакҳо дастҳоро аз маводҳои олудашуда ва ниёзмандонро аз микроорганизмҳои дастони корманди тиббӣ муҳофизат менамоянд. Онҳо монеаи нисбатан муҳими физикӣ барои пешгирии намудани сироят мебошанд, вале барои пешгирии намудани захролудшавии чандтарафа пеш аз гузаштан ба ҳар як ниёзманди навбатӣ, онҳоро иваз кардан лозим аст. Масалан, ҳангоми сару кор доштан бо хун, моеъҳои биологии организм, (ба истиснои арак), сатҳҳо ё таҷҳизоти ифлос, ҳангоми даст расонидан ба пӯсту луобпардаҳо, дастпӯшакҳои муоинавӣ пӯшидан лозим аст.

Дар муассисаҳои тиббӣ се навъи дастпӯшакҳо истифода бурда мешаванд: ҷарроҳӣ, муоинавӣ ва хоҷагӣ:

- **Дастпӯшакҳои ҷарроҳӣ** бояд ҳангоми гузаронидани амалиётҳои тиббии инвазивӣ ё амалиётҳои ҷарроҳӣ истифода бурда шаванд.

- **Дастпӯшакҳои муоинавӣ** кормандони тиббиرو ҳангоми гузаронидани бисёре аз вазифаҳои ҳаррӯза муҳофизат мекунанд.

- **Дастпӯшакҳои хоҷагиро** ҳангоми тоза кардани асбобҳо, таҷҳизот ва дигар ашёҳо; ҳангоми сару кор доштан бо партовҳои олудашуда ва партофтани онҳо; ва ҳангоми коркард кардани сатҳҳои олудашуда пӯшидан лозим аст.

Дастпӯшакҳои аз ҳама беҳтарини **ҷарроҳӣ** аз каучуки латексӣ тайёр карда мешаванд, онҳо аз сабаби чандирии табиӣ, ҳассосият ва устувории резин дастҳоро маҳкам мепӯшонанд. Аз сабаби мушкилоти зиёдшавандаи аллергия нисбати латекс, маводи нави синтетикӣ резинмонанд коркард шудааст, ки «нитрил» номида шуда, хусусиятҳои ба латекс монандро дорад. Дастпӯшакҳои аз нитрил таёр шуда хассосияти камтарро ба амал меоранд. Дар бисёре аз мамлакатҳо одатан навъи ягонаи **дастпӯшакҳои муоинавӣ** мавҷуд аст – ин дастпӯшакҳои мебошанд, ки аз винил – маводи синтетикӣ назар ба каучуки латексӣ арзонтар тайёр карда шудааст. Азбаски винил чандир нест (ба мисли латекс намеёзад), ин дастпӯшакҳо дар даст маҳкам қарор намегиранд ва ба осонӣ медаранд. Дастпӯшакҳои муоинавии сифаташон беҳтар аз латекс тайёр карда мешаванд ва онҳоро дар аксари мамлакатҳои ҷаҳон аз мағозаи асбобҳои тиббӣ дарёфт кардан мумкин. Азбаски **дастпӯшакҳои хоҷагӣ** аз резини сахте тайёр карда мешаванд, ки камтар чандиру хассос мебошад, онҳо ба сифати монеа муҳофизати максималиро таъмин менамоянд.

Дар хотир доред: Ҳамаи навъи дастпӯшакҳои муоинавӣ хеле тунук мебошанд ва онҳоро барои истифодабарии такрорӣ тоза намудан лозим нест.

Талабот нисбати дастпӯшакҳои илочиҳои клиникӣ

Дар **Таблицаси 4-1** илочиҳои муқаррарии тиббию ҷарроҳие, ки барои иҷрои онҳо истифода бурдани дастпӯшакҳои муҳофизатӣ талаб карда мешавад, инчунин навъҳои дастпӯшакҳо ва/ё тозакунии талабшаванда номбар карда мешаванд. Дастпӯшакҳои бесирояти якдафъаинаи ҷарроҳӣ метавонанд дар ҳамаи ҳолатҳо истифода бурда шаванд, вале аз сабаби пурқимат буданашон бояд фақат дар ҳолатҳои зарурӣ истифода бурда шаванд. Агар хатари мавҷуд будани спораҳои дарунӣ (эндоспораҳо) калон набошад (масалан, бурриши кайсар ё лапаротомия), пас дастпӯшакҳои амиқ дезинфексиякардашудаи ҷарроҳӣ алтернативаи комилан қобили қабул мебошанд.

Таблица 4-1. Талабот нисбати дастпӯшакҳо барои илочиҳои муқаррарии тиббию ҷарроҳӣ			
ДАСТАМАЛ Ё ФАЪОЛИЯТ	ДАСТПҶШАКҲО ЛОЗИМАНД	БЕҲТАРАШ^а	ҚОБИЛИ ҚАБУЛ
Ченкунии фишори шараёнӣ	Не		
Ченкунии ҳарорат	Не		
Тазриқ	Не		
Гирифтани хун	Ҳа	Муоинавӣ ^б	Ҷарроҳӣ
Гузаронидани воридкунииҳои дохиливаридӣ	Ҳа	Муоинавӣ ^б	Ҷарроҳӣ
Муоинаи гинекологӣ	Ҳа	Муоинавӣ	
Кокарди захмҳои бади ҷарроҳи (дренажгузошташуда, сироятёфта)	Ҳа	Муоинавӣ	Ҷарроҳӣ
Воридкунии ва гирифтани ВДБ (бо истифодаи техникаи «даст нарасондан»)	Ҳа	Муоинавӣ	
Вакуум-аспиратсияи дастӣ (бо истифодаи техникаи «даст нарасондан»)	Ҳа	Муоинавӣ	Ҷарроҳӣ
Дӯхтану гирифтани имплантантҳо Норплант	Ҳа	Ҷарроҳӣ ^в	
Таваллудкунии маҳбалӣ	Ҳа	Ҷарроҳӣ ^в	
Амалиётҳои ҷарроҳи	Ҳа	Ҷарроҳӣ ^в	

(хурд ва калон)			
Лапароскопия	Ҳа	Чарроҳӣ ^в	
Эндоскопия	Ҳа	Муоинавӣ	Чарроҳӣ
Корҳои лаборатории вобаста ба моеҳои биологии организм ва бофтаҳо	Ҳа	Муоинавӣ	
Сару кор доштан ба асбобҳо ва тозакунии онҳо	Ҳа	Ҳоҷагӣ	
Сару кор доштан ба партовҳои олудашуда	Ҳа	Ҳоҷагӣ	
Рубӯчин намудани хуни рехташуда ё муҳитҳои моеи организм	Ҳа	Ҳоҷагӣ	
<p>^а Гарченде дастпӯшакҳои бесироятро ҳангоми ҳар гуна илочиҳои чарроҳӣ истифода бурдан мумкин аст, онҳо ҳамеша талаб карда намешаванд. Дар баъзе ҳолатҳо дастпӯшакҳои муоинавӣ ҳамчунин беҳатар ва ба зами ин арзонтар мебошанд.</p> <p>^в Ҳангоме ки таҷҳизот барои тамизгардонӣ (автоклави) мавҷуд нест, алтернативаи ягонаи қобили қабул дезинфексияи амиқ мебошад.</p>			

Қоидаҳои муносибат бо дастпушакҳо.

- Дастпӯшакҳои андозаашон дурустро пӯшед, ин махсусан ба дастпушакҳои чарроҳӣ дахл дорад. Дастпӯшакҳои бад пӯшидашуда метавонанд қобилияти гузаронидани дастамалҳоро маҳдуд созанд ва осонтар зарар мебинанд (медаранд ё пора мешаванд).
- Мунтазам дар давоми амалиётҳои дуру дароз дастпӯшакҳои чарроҳиро иваз намоед, зеро самаранокии дастпӯшакҳои латексӣ бо гузашти вақт кам мегардад (ҳар як 40-5- дак.) ва метавонанд даридагиҳои ноайён пайдо шаванд.
- Нохунҳои даст барои кам намудани хатари даридани дастпӯшакҳо бояд кӯтоҳ карда шаванд (камтар аз 0,5 мм).
- Дастпӯшакҳоро ба саростини хилъат (агар он пӯшида шуда бошад) таранг кашед, то ин ки банди даст муҳофизат карда шавад.
- Обҳои мушкини дар об ҳалшаванда ва воситаҳои мулоимкунандаи дастҳоро истифода баред, то ин ки хушкшавӣ, пӯстпартоӣ ва кафидани пӯсти дастҳо дар натиҷаи зуд-зуд шустан ва истифодаи дастпӯшакҳо пешгирӣ карда шавад.
- Обҳои мушкину кремҳои асосан рағаниро истифода набаред, зеро онҳо дастпӯшакҳои латексии чарроҳӣ ё муоинавиро вайрон мекунанд.

- Оби мушкини хушбӯӣ (муаттар) ва воситаҳои мулоимкунандаи дастхоро истифода набаред, зеро онҳо пӯсти зерӣ дастпӯшакхоро барангезиш медиҳанд.
- Дастпӯшакхоро дар ҷойҳои таъсири баланди ҳарорат (масалан, зерӣ офтоб, назди асбобҳои гармидиҳанда, кондитсионер, сарчашмаи шуозании ултрабунафш, лампаҳои флуорестсентӣ ё дастгоҳи рентгенӣ) нигоҳ надоред. Ин гуна шароитҳо метавонанд ба дастпӯшакхоро зарар расонда (вайрон намудани маводе, ки онҳо тайёр карда шудаанд), ба ин васила самранокии онҳоро ба сифати монеа кам намоянд.

Пӯшидани ду ҷуфт дастпӯшакҳо

Дастпӯшакҳои нави латексии ҷарроҳӣ, ҳатто сифати беҳтарин, ба гузаштани моеъ дар то 4% ҳолатҳо роҳ медиҳанд. Ғайр аз ин, дастпӯшакҳои латексӣ, махсусан ҳангоми иртибот бо насҷи ҷарбии захмҳо, тадриҷан хусусияти худро аз даст медиҳанд ва вайрон мешаванд. Гарчанде пӯшидани ду ҷуфт дастпӯшакҳо барои пешгирии намудани сӯрохшавӣ бо сӯзан ё дигар захмдоршавӣҳо кам фоида меоваранд, он метавонанд хатари иртиботи хун-дастро кам намояд.

Нишондод барои пӯшидани ду ҷуфт дастпӯшакҳо инҳо мебошанд:

- -Иртиботи пешбинишаванда бо миқдори зиёди хун ё дигар моеъҳои биологии организм (масалан, таваллудкунонии бо роҳҳои табиӣ чинси, лапаротомия, перитонитҳо ва ғ.).
- - Амалиётҳои ортопедие, ки дар онҳо қор бо ҳиссаҳои тези устухон, лигатураҳои симин ва дигар ашёҳои тез пешбинӣ карда мешаванд.

Умуман, барои амалиётҳои аз ҷиҳати вақт кӯтоҳ (30 дақиқа ва камтар), ки иртиботи минималиро бо хун ё ихроҷҳои луобнок (масалан, лапароскопия ё минилапаротомия), пешбинӣ менамоянд, пӯшидани ду ҷуфт дастпӯшакҳо зарурият надорад. Масъалаи ду ҷуфт дастпӯшак пӯшидани ҷарроҳ, ёвар ё ҳамшираи толори ҷарроҳи бояд бодикқат баррасӣ карда шавад, ва хатари захролудшавӣ бо микроорганизмҳои бемориовари бо хун интиқолёбанда, ба мисли ВНМО, зиёд аст (дараҷаи паҳншавӣ >5%).

4.2. Дигар воситаҳои муҳофизати фардӣ

Ниқобҳо бояд ба таври кофӣ калон бошанд, то ин ки бинӣ, қисми поёнии рӯй, ҷоғ ва қисмати мӯйдори рӯйро пӯшонда тавонанд. Онҳо барои нигоҳ доштани катраҳои наме, ки қормандони тиббӣ ё ҷарроҳихона ҳангоми гапзанӣ, сулфа, атса задан хориҷ менамоянд, инчунин, пешгирии намудани ба бинӣ ё даҳони қормандони тиббӣ афтидани пошхӯрии тасодуфии хун ё дигар моеъҳои олудашудаи биологии организм пешбинӣ мешаванд.

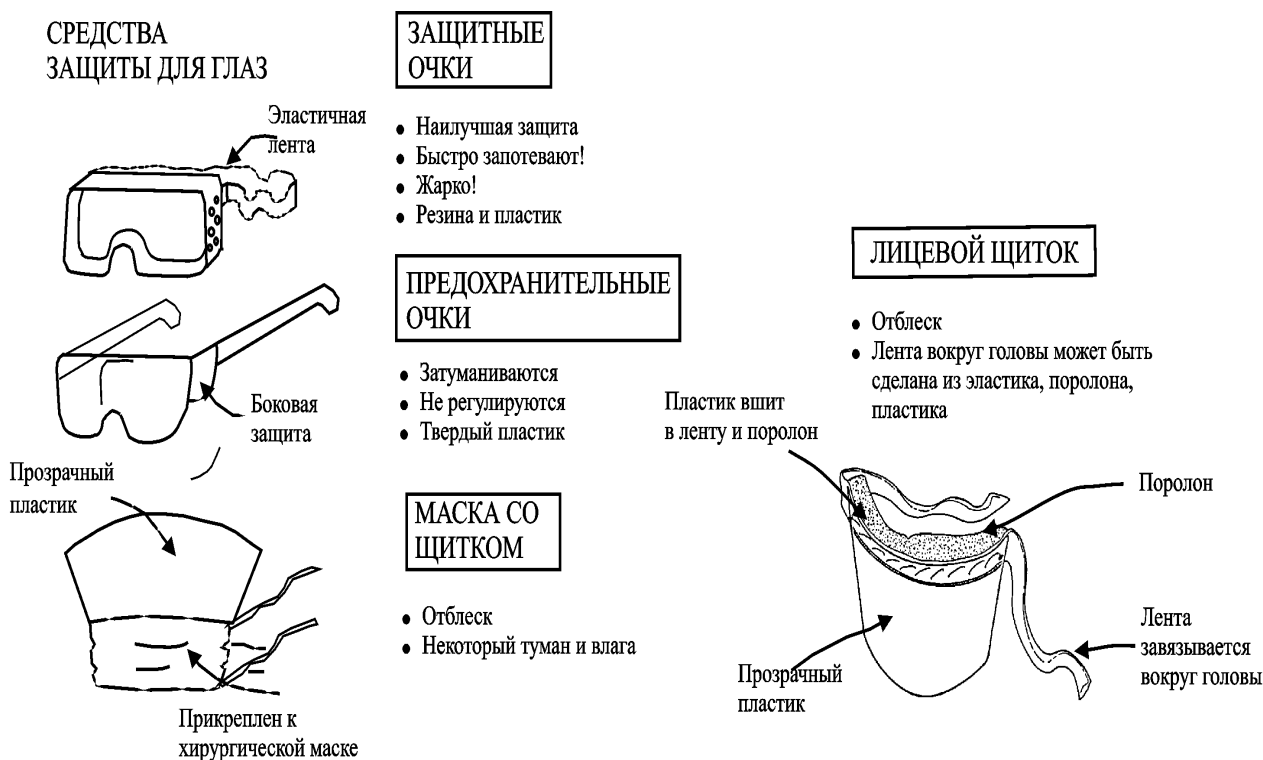
Дар хотир доред: Ҳангоми кашидани дастпӯшакҳо аз тасмачаҳо доред, чунки маркази ниқоб ифлосиҳои бештаре дорад

Ниқобҳо аз маводи гуногун, аз матои сабуки пахтагин, доқа ва ҳатто қоғаз сар карда то матоҳои синтетикӣ тайёр карда мешаванд, баъзе аз онҳо наминагузаронанда мебошанд. Ниқобҳои аз матои пахтагӣ ё қоғаз тайёркардашуда хеле қулай мебошанд, вале онҳо ба сифати полоиш (филтр) наминагузаронанда ё самаранок нестанд. Ниқобҳои аз матои синтетикӣ тайёркардашуда аз заррачаҳои калони қатрагии (андозаашон > 5 µm) ҳангоми сулфа ё атзанӣ аз корманди тиббии дар наздикӣ истода (камтар аз 1 метр) ба ниёзманд паҳншаванда муҳофизат карда метавонанд.

Дар хотир доред: Агар ниқобҳо аз маводи наминагузаронанда тайёр нашуда бошанд, монеаи самаранокро ба вучуд намеоваранд

Воситаҳои муҳофизати чашмҳо кормандони тиббиро дар ҳолати пошхӯрии хун ё моеъҳои эҳтимолан олудашудаи биологии организм пешгирӣ намуда, чашмҳоро мепӯшонанд. Воситаҳои муҳофизати чашмҳо айнакҳои шаффофи пластикии муҳофизатӣ, айнакҳои муҳофизаткунанда, сипарчаҳои рӯй ва ниқобҳои сипарчадорро дар бар мегиранд (Рас. 4-2). Айнакҳо барои босира ва айнакҳои дорои шишаҳои оддӣ низ қобили қабул мебошанд. Ниқобу айнак ё сипарчаҳо бояд ҳангоми гузаронидани ҳар гуна дастамалҳое пӯшида шаванд, ки пошхӯриҳои тасодуфӣ ба рӯй имкон дорад (масалан, ҳангоми гузаронидани амалиётҳо, ҳангоми шустани асбобҳо ва ғ). Агар сипарчаҳои рӯй набошанд, айнакҳои муҳофизатӣ ё муҳофизаткунандаро якҷоя бо ниқоб истифода бурдан мумкин аст.

Расми 4-2. Воситаҳои муҳофизати чашмҳо



Каллапӯшҳо барои пӯшондани мӯй ва пӯсти сар истифода бурда мешаванд, то ин ки пулакчаҳои пӯст ва мӯйҳо ҳангоми ҷарроҳӣ ба захм наафтанд. Каллапӯшҳо бояд ба таври кофӣ калон бошанд, то ин ки **тамоми** мӯйҳоро пӯшонанд. Гарчанде каллапӯшҳо ба андозае ниёзмандро муҳофизат карда метавонанд, мақсади асосии онҳо муҳофизат намудани соҳиби он аз рехтан ё пошхӯрии хун ё моеъҳои эҳтимолан олудашудаи биологии организм мебошад.

Хилъату корчомаҳои тибби аз рӯи ё ба ҷои либосҳои кӯчагӣ пӯшида мешаванд. Сабаби асосии истифода бурдани хилъатҳои тиббӣ - ин муҳофизат намудани либоси кормандони тиббӣ мебошад. Костюмҳо одатан аз шими бо ресмончаҳо маҳкамшаванда ва курта иборатанд. Бурриши V-шакли либос набояд аз ҳад зиёд чуқур бошад, то ин ки аз китфҳо налаганд ё мӯйҳои синаи мардон луч нашаванд. Пушидани каллапушҳо дар минтақаи ҷарроҳи, эҳғари, толори таваллуд хатмист,

Хилъатҳо ва корчомаҳои тибби, ки аз маводи нами нагузаронанда тайёр карда шудаанд, дар ҳақиқат ҳам ҳангоми муҳофизат намудани пӯсти кормандони тиббӣ аз хуну дигар моеъҳо, махсусан ҳангоми ҷарроҳӣ, таваллудкунонӣ ва кӯмакрасонии фаврӣ нақши муайянеро мебозанд. Вале хилъатҳои аз матоъҳои сабӯки пахтагӣ тайёр кардашуда муҳофизати нокифояро фароҳам меоваранд. Дар чунин ҳолатҳо, агар пошхӯриҳои зиёд ба амал ояд, аз ҳама беҳтараш – душ қабул намудан ё то ҷое имкон дорад баъди анҷоми ҷарроҳӣ ё амалиёт тезтар оббозӣ кардан аст.

Пешдоманҳоро барои муҳофизати либос ё сатҳҳо аз сироятшавӣ мепӯшанд. Пешдоманҳои аз резин ё пластика тайёркардашуда монеаи нами нагузаронандае мебошанд, ки қисмати пеши бадани корманди тиббиро муҳофизат менамоянд. Пешдоманро ҳангоми рӯбучин ё ҳангоми амалиётҳои пӯшидан лозим аст, ки рехтани хун ё моеъҳои биологии организм дар назар дошта шудааст. Дар толори ҷарроҳи пешдомани тозаи пластикӣ аз болои либоси ҷарроҳӣ на фақат барои пешгирӣ намудани иртиботи ҷарроҳ ё ёвар бо хуну моеъҳои биологии организм (масалан, обҳои наздичанинӣ), балки барои пешгирӣ намудани аз пӯсти шиками ҷарроҳ ё ёвар ба ниёзманд интиқол ёфтани микроорганизмҳо кӯмак мерасонад.

Пойафзол барои муҳофизат намудани пойҳо аз осеббардорӣ бо асбобҳои тез ё чизҳои вазнин, ки метавонанд тасодуфан ба болои онҳо афтанд, пӯшида мешавад. Аз ин сабаб шиппак, кафши хонапӯшӣ, кафши сабӯк (босоножка) ё туфлии аз маводҳои (матой) мулоим дӯхташударо пӯшидан лозим нест. Туфли ва ботинкаҳои ҷармию пӯстӣ муҳофизати бештареро фароҳам меоваранд, вале онҳоро тоза ва бо пошхӯрии хуну дигар моеъҳои биологии организм ифлоснашуда нигоҳ доштан лозим аст. Бахилҳо лозим нестанд, агар туфлиҳои сахте мавҷуд бошанд, ки **фақат** дар минтақаи ҷарроҳӣ пӯшида мешаванд. Ҳангоми ҷарроҳиҳо, амалиётҳо, таваллудкунониҳо ҳатто халтачаҳои одии пластикӣ якқарата метавонанд

корманди тиббиро аз иртибот бо хуну моеъҳои биологии организм муҳофизат намоянд.

Чойпушхо ва сачоқчаҳои чарроҳӣ аз квадратҳои дӯхташудаи суфии андозаашон гуногун *барои пӯшондани* майдони чарроҳии атрофи бурриш, печондани асбобу дигар ашёҳо барои тамизгардони, пӯшондани мизи толори чарроҳи тайёр карда мешаванд, бо онҳо одатан болои ниёзмандон ва пӯшонда мешавад, то ки ҳангоми амалиётҳои чарроҳӣ онҳо гарм нигоҳ дошта шаванд.

Истифода бурдани сачоқчаҳои тамизшуда дар амалиётҳои чарроҳӣ заруранд, барои фароҳам овардани майдони корӣ дар атрофи бурриш ва маҳдудсозии сатҳи пӯст. Мавзеи чарроҳиро мебояд бо ёрии маҳлули зиддиуфунӣ коркард намуд гузоштани сачоқчаҳои тамизшуда. Гарчанде ин минтақа аксаран «майдони тамизшуда» номида мешавад, вай фақат муддати кӯтоҳе бесироят аст. Сачоқчаҳои тамизшудаи чарроҳи барои ҷаббидашавии намнокӣ имконият медиҳанд ва барои паҳншавии микроорганизмҳо аз пӯст ба захм ҳатто баъди коркарди чарроҳӣ бо маҳлули зиддиуфунӣ мусоидат намуда метавонанд. Ба ҳамин тариқ, на дастҳои дар дастпӯшаки таъмизшуда қарордошта, на асбобу дигар асбобҳои тамизшуда набояд ба сачоқчаҳо, баъди бо онҳо пӯшондани майдони чарроҳӣ расанд. Азбаски сачоқчаҳои матогӣ наметавонанд монеаи самаранок бошанд, пас сачоқчаҳои тоза, хушк истифода шуда метавонанд, агар сачоқчаҳои таъмизшуда мавҷуд набошанд.

Дар хотир доред: Ҳамин ки сачоқчаи таъмизшуда ба пӯсти ниёзманд расид, вай дигар таъмизшуда ҳисоб кардан мумкин нест.

Дар хотир доред: Тақия нақунед ва минтақаҳои бо чойпушҳои чарроҳӣ пӯшондашударо зер нақунед, чунки бактерияҳо дар натиҷаи фишори ҷисмонӣ, ки ба тақия намудан ба рӯйҷойҳои чарроҳӣ пайдо мешавад, ҳатто тавассути маводи хушк ба осонӣ гузашта метавонанд.

Дар хотир доред: Чойпушҳои таъмизшуда техникаи хуби бетааффуниятро иваз карда наметавонанд.

Воситаҳои муҳофизати фардӣ (ВМФ)

Навъи ВМФ	Бояд истифода бурда шавад	Асосан муҳофизат менамояд
Пешдоман	Вазъиятҳое, ки пошхӯрӣ ё рехтани хун ё моеъҳои физиологии бадан имконият дорад.	Корманди тиббӣ
Ботинка ё туфлиҳои пӯшида (шиппаки кушода қобили қабул нест)	Вазъиятҳое, ки асбобҳои тез истифода бурда мешаванд ё рехтани муҳити сироятнокшуда имкон дорад (мас., чарроҳии ортопеди, валодат, амалиётҳои чарроҳи, дастамалҳо)	Корманди тиббӣ
Каллапӯшҳо, хилат, ниқоб, пешдоман, сачоқчаҳо	Амалиётҳои инвазивӣ, ки ҳангоми онҳо бофтаҳои зерӣ пӯст луч мешаванд (масалан, амалиётҳои чарроҳӣ)	Корманди тиббӣ ва ниёзманд
Айнак ё сипарчаҳо, ниқоб, пешдоман	Вазъиятҳое, ки пошхӯрӣ ё рехтани хун ё моеъҳои физиологии бадан имконият дорад	Корманди тиббӣ
Ниқоб	Вазъиятҳое, ки чораҳои муҳофизат намудан аз сироятҳо бо ҳаво ё роҳи қатрагӣ интиқолёбандаро талаб мекунад	Корманди тиббӣ ва ниёзманд
Сачоқчаҳои таъмизшуда	амалиётҳои калон ё хурди чарроҳӣ	Ниёзманд Дар хотир доред: муҳофизат маҳдуд аст, зеро сачоқчаҳои таъмизшуда майдони бесироятро ба вуҷуд оварда НАМЕТАВОНАНД)

5. ИСТИФОДАБАРИИ БЕХАТАРИ АСБОБҲОИ ТЕЗ ҲАНГОМИ АМАЛИЁТҲО

5.1. Техникаи «бе даст» барои додани асбобҳои ҷарроҳӣ

- Ҳамеша техникаи «бе даст»-ро барои додани асбобҳои тез (скальпель, сӯзан ё қайчиҳои нугтез) истифода бурда, дар майдони ҷарроҳӣ минтақаи беҳатар ё нейтралро ташкил намоед;
- тез гуфта ҳар гуна ашӯхоеро меноманд, ки барои сурух кардани дастпӯшак ба таври кофӣ тез мебошанд (қайчӣ, сӯзан, скальпелҳо, теғҳо ва ғайра);
- тағорачаи таъмизшуда гурдамонанд ё дигар контейнери начандон калони мувофиқро барои ташкили минтақаи беҳатар ё нейтрал истифода баред;
- контейнерро дар фарши таъмизшуда байни ҷарроҳу ёвар гузоред;
- ёвар асбобҳоро якто-якто аз рӯи зарурият дар контейнер мегузорад;
- ҷарроҳ ё табиб асбобҳоро аз контейнер мегирад ва баъди истифодабарӣ ба контейнер бармегардонад.

5.2. Истифодаи беҳатари сӯзанҳои зерипӯстиву шпритсҳо

Таҷрибаи истифодаи беҳатари сӯзанҳои зерипӯстӣ ва шпритсҳо корманди тиббӣ, ниёзманд ва атрофиёноро аз хатари нолозим муҳофизат менамояд.

Маслиҳатҳо оид ба истифодаи беҳатари сӯзанҳои зерипӯстӣ ва шпритсҳо:

- ҳар як сӯзан ва шпритсро фақат як бор истифода баред;
- сӯзан ва шпритсро баъди истифодабарӣ ба қисмҳо ҷудо накунед;
- пеш аз партофтани сарпӯши сӯзанро нагузоред, қат накунед ва нашиканед;
- сӯзану шпритсҳоро дар контейнери сӯроҳ нашаванда партоед ва ё ба куттии беҳатари нобудсозии беҳатар;
- сӯзану шпритси тамизро барои ҳар як тазриқ фақат як бор истифода баред;
- ҳеҷ гоҳ сӯзанро дар пуккаи резинии шишачаи бисёрвоягӣ нагузоред. Ин боиси ба шишача воридшавии микроорганизмҳо, аз ҷумла ВНМО ва захролудшавии дору байни гирифтани вояҳо мегардад.

Барои тазриқи зери пушт, даруни мушак ворид намудани доруҳо дастпӯшак талаб карда намешавад, зеро дар ин маврид набояд иртиботи мустақим бо хун, моеъҳои физиологии организм, тарашшӯхот ё экскрементҳо вучуд дошта бошад. Барои пӯшондани ҷойи сӯзанзанӣ ба ниёзманд (ё аъзои оила, агар ниёзманд кӯдак бошад) фатилаи пахтагин (докагӣ) диҳед.

Дастпӯшакҳо барои воридкунии сӯзани дохиливаридӣ, гирифтани хун ё дигар моеъҳои физиологии организм тавсия дода мешаванд.

- Тозакунии пӯст:

○ ба пӯсти тоза молидани маҳлули зиддиуфунӣ пеш аз тазриқ ҳатмӣ нест;

○ агар ҷойи тазриқ ба таври намоён ифлос шуда бошад, бо обу собун шуста ва бо сачоқи тоза хушк кунед, сипас тазриқ намоед.

● барои кам намудани хатар дастамалҳои нолозимро бо асбоби тазриқӣ иҷро накунед;

○ пеш аз партофтан сарпӯшаки сӯзанро напӯшонед, сӯзанро қат накунед ва нашиканед ;

○ сӯзану шприцро баъди истифодабарӣ ба қисмҳо ҷудо накунед;

○ ҳамеша дастро дар сӯзан нигоҳ доред;

○ баъди тазриқ сӯзану шприцро безарар гардонда, онҳоро се бор бо маҳлули 0,5%-и хлор пеш аз партофтан шӯед;

○ сӯзану шприцҳои безараргардондашударо ба контейнери сурух нашавандаи аниқ нишонагузошта ва куттии нобудсозии бехатар (санаи саршавии истифодаи кутти) дар масофаи даст қарордошта партоед;

● контейнери ашёҳои тезро аз ҳад зиёд пур накунед- зиёда аз се чоряк пур кардани он метавонад сабаби халидани сӯзан гардад. Ҳангоме ки контейнери сурух нашаванда ва ё куттии нобудсозии бехатар то се чоряк пур шуд онро мебояд нобуд сохт бо рохҳои сӯзонидан, ба замин гӯронидан ва ё бо рохҳои безараргардони ба воситаи автоклава ва бо дар оянда барои азнав коркард кардан супоридан.

● одатан, ба сӯзан сарпӯш пушондан лозим нест, вале агар ин зарур бошад, усули «як даст»-ро истифода баред:

● - аввал сарпӯшро ба сатҳи ҳамвори саҳт гузоред, сипас дастатонро гиред;

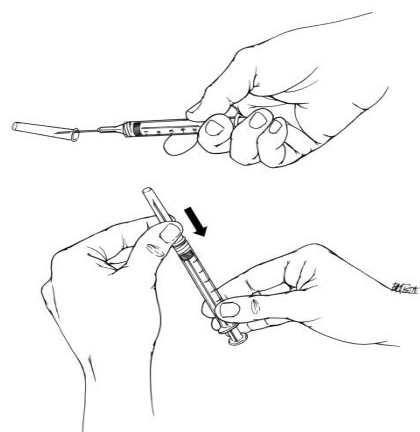
● - сипас шприцро бо як даст дошта нӯги сӯзанро ба сарпӯш ворид намоед;

● - акнун ки сӯзан дар сарпӯш қарор дорад, шприцро ба таври амудӣ тарзе боло бардоред, ки сӯзану шприц ба тарафи шифт равона шуда бошанд;

● - бо ангуштони калону ишоратии дасти дигар аз сарпӯш болотари сӯроҳӣ қапида, дар ҷойи бо шприц пайвасташавӣ маҳкам тела диҳед.

Шприцҳои худмуҳосирашаванда

Муассисаҳои тиббӣ шприцҳои сӯзанҳои худмуҳосирашавандаро истифода мебаранд (масалан, SoloShot FX™ or Uniject™). Ин шприцҳо тақрибан истифода бурда намешаванд ва гарчанде хатарро барои ниёзмандон кам мекунанд, онҳо хатари халидани сӯзанро барои кормандони тиббӣ, санитарҳо, фаррошон ва аҳоли кам намекунанд.



Баъди истифодабари онҳо ба контейнери сӯроҳ нашаванда ва ё куттии нобудсозии бехатар бояд партофта шаванд.

5.3. Нест кардани асбобҳои тез

Мақсади асосии нест кардани асбобҳои тез - пешгирӣ намудани осеббардории эҳтимоли ва интиқоли беморӣ тавассути захм аз ашёи тези сироятшуда мебошад:

- асбобҳои тез ҳамеша баъди истифодабарӣ бояд ҷавран ба контейнери сӯроҳнашаванда ва ё куттии нобудсозии бехатар партофта шаванд;
- асбобҳои тез пеш аз ба контейнери сӯроҳнашаванда ва партофтан бо маҳлули 0,5-и хлор безарар гардонида шаванд;
- бо асбобҳои тез амалҳои нолозимро иҷро накунад – онҳоро баъди истифодабарӣ даррав партофтан лозим аст (ба сӯзанҳо сарпӯш нагузоред, онҳоро нагиред ва нашиканед);
- контейнерҳои асбобҳои тез бояд барои истифодабарӣ омода бошанд ва дар масофаи дастрас тарзе ҷойгир карда шаванд, ки ба корманди тиббӣ барои партофтани ашёи тез онро ба ҷое бурдан лозим нашавад;
- контейнери асбобҳои тезро аз ҳад зиёд пур накунад; зиёда аз се чоряк (3\4) пур кардани он боиси халидани сӯзанҳо мегардад;
- хангоми имконият, ашёҳои тезро яққоя бо контейнер нест кардан лозим аст;
 - барои нест кардани асбобҳои тез контейнери якдафъаинаро истифода баред (масалан, пластмасӣ ё куттии картонӣ);
 - контейнери дорои асбобҳои тезро ҳамчун як чизи том сӯзонед.

Ҳангоми истифода бурдани контейнерҳои истехсолашон саноатӣ ё мустақилона сохташуда, қорҳои зеринро дар хотир нигоҳ доштан лозим аст:

- -контейнерҳоро то имкон дорад ба ҷойи истифодаи асбобҳои тез наздиктар, бехтараш дар масофаи дастрас гузоред. Ҳамчунин лозим аст, ки онҳо тамгагузори карда мешавад, то ки ба осонӣ дида, шинохта ва истифода бурда шаванд;
- -ба онҳо аломат гузоред, то ин ки одамон онҳоро нохост ба ҷои сабадҳои ахлотпартоӣ ё ахлоткутӣ барои сигарет қабул накунад;
- -онҳоро дар баландии қулай гузоред, то ин ки кормандон онҳоро ба осонӣ истифода бурда ва иваз карда тавонанд;
- -хати пуршавиро дар дараҷаи се чоряки ҳаҷми пурра қайд кунед;
- -контейнерро барои ҷо ба ҷо шудани мӯҳтавии он ва пайдо шудани ҷой барои миқдори зиёдтари ашёҳои тез такон надихед;
- -контейнерҳоро дар минтақаҳои рафтномади зиёд (долонҳое, ки ба онҳо қабулгоҳ ё утокҳои илочия мебароянд) нагузоред, ки одамон

метавонанд ба онҳо бархуранд ё хангоми бархурдан ба шахсе, ки ашӯҳои тезро барои несткунӣ мебарад, дучори халондан гарданд;

- -контейнерҳоро дар фарш ё ҷойи дигаре, ки онҳоро метавонанд афтонанд ё кӯдак ба осонӣ дастрас карда тавонад, болои ҳам нагузоред.

Инкапсулятсия ҳамчун усули аз ҳама осони беҳатар несткунии ашӯҳои тез тавсия дода мешавад муфассалтар, нигаред ба *Несткунии партовҳо*.

6. АНТИСЕПТИКАИ (ЗИДДИУФФУНИИ) ЧАРРОҲӢ

6.1. Коркарди пӯсти майдони чарроҳи пеш аз чарроҳӣ

Гарчанде пӯстро бесироят гардондан мумкин нест, тоза намудан бо маҳлули зиддиуфунӣ миқдори микроорганизмҳоеро ки метавонанд захмро олуида созанд ва боиси сироят гарданд, дар атрофи захм ниҳоят кам мемонад.

Мӯйҳои майдони чарроҳиро натарошед. Тарошидан хатари сироятро 5-10 маротиба зиёдтар мегардонад, зеро осебҳои хурдакаки пӯст барои инкишофу афзоиши микроорганизмҳои шароити мусоид фароҳам меоваранд. Хангоми зарурият, пеш аз чарроҳӣ мӯйҳоро наздиктари пӯст **қайчӣ кунед**. Пеш аз интиҳоб намудани маҳлули зиддиуфунӣ, аз ниёзманд дар бораи **аксуламалҳои аллергияш** бипурсед (масалан, ба йод). Хангоми ифлосшавиҳои намоён, пӯст ё қисмати узвҳои таносули берунаро бо собуну обу тоза шӯуд ва то молидани маҳлули зиддиуфунӣ хушк намоед.

- Яке аз маҳлулҳои зиддитааффунии дар поён тавсияшударо интиҳоб намоед:

- маҳлулҳои (қиёми) спиртии йод ё хлоргексидин;
- спиртҳо (60–90%-и этилӣ, изопропилӣ ё спирти «метилинкардашуда»);

- хлоргексидини глюконат (2–4%) масалан, Hibitane, Hibiscrub, Hibiclens®);

- хлоргексидини глюконат ва сетримиди концентратсияҳои гуногун, лоакал 2% (масалан, Savlon);

- йод (3%); маҳлули обӣ ё спиртӣ (қиёми йод);

- йодофорҳо (7.5–10%), концентрасияҳои дигари гуногун (масалан, Betadine);

- хлороксиленол (Парахлорометаксиленол ё ПХМК) (0,5–3,75%), концентрасияҳои дигари гуногун (масалан, Dettol).

- Пӯстро бо фатилаи пахтагӣ ё докагини дар маҳлули зиддиуфунӣ таркардашуда бодикқат тоза намуда, фатиларо бо пинсети хушк, амик безараркардашуда нигоҳ доред. То якчанд сатниметр аз марказ ба канорҳои майдонҳои чарроҳӣ ҳаракат намоед. Ҳаракатҳои давродавр аз марказ барои пешгирии намудани олуидашавии дуҷумбораи майдони чарроҳӣ бактерияҳои худии пӯст кӯмак мерасонанд.

Эзоҳ: Фатилаҳои пахтагӣ ё докагинро аз маводҳои тамизшуда сохтан ҳатмӣ нест. Фатилаҳои пахтагӣ ё докагин тозаи нав (такроран

тозакарданашуда) метавонанд истифода бурда шаванд, зеро онҳо микроорганизмҳои зараровар надоранд ва фақат ба пардаҳои ғайрибурхонӣ (пӯсти осебнадида) ё нимбурхонӣ (луобӣ) мерасанд.

- Пеш аз оғоз намудани амалиёт як муддат сабр кунед, то ин ки маводи зиддиуфунӣ самаранок таъсир расонад. Ҳангоми истифода бурдани йодофорҳо пеш аз сар кардани амалиёт ду дақиқа ё то хушк шудани пӯст сабр кунед, зеро моддаи фаъол (йоди озод) оҳиста-оҳиста хориҷ мегардад.

Эзоҳ: Барои ба зери бадани ниёзманд шоридани маводи зиддиуфунӣ роҳ надихед – ин метавонад боиси барангезиши пӯст гардад.

6.2. Коркарди пӯст пеш аз тазриқ

Мувофиқи муқаррароти ТУТ, пеш аз тазриқ бо маҳлули зиддиуфунӣ тоза кардани пӯсти тоза зарурият надорад. Тафсири тадқиқотҳои микробиологӣ шаҳодати онро ошкор накард, ки пеш аз тазриқи дохилипӯстӣ, зерипӯстӣ ё дохилимушакӣ тозакунии пӯст бо маводи зиддиитаафунӣ хатари сироятнокшавиро паст менамояд.

Агар ҷойи тазриқ ба таври намоён ифлос шуда бошад, бо собуну об шӯед ва бо сачоқи тоза хушк намоед, сипас тазриқ намоед.

Коркарди пӯст пеш аз ворид намудани асбобҳои дохилирағӣ

Истифодаи асбобҳои дохилирағии ҳам варидӣ ва ҳам шараёнӣ барои ворид намудани моеъҳои бесироят, маводи доруворӣ ва маҳсулоти ғизоӣ, инчунин, барои дигар функсияҳои гемодинамикӣ солҳои охир ба таври ҳайратовар рушд ёфта истодааст. Хатари сирояти бо истифодаи асбобҳои дохиларғӣ алоқаманд метавонад тавассути риоя намудани чораҳои тавсияшудаи амалии пешгирӣ намудани сироятҳо ҳангоми воридкунии асбобҳо (масалан, истифода бурдани техникаи бетааффуният) ва дуруст истифода бурдани онҳо баъди воридкунии кам карда шавад.

6.3. Усулҳои кам намудани хатари сироятҳои дохилибеморхонавӣ

Беҳдошти дастҳо ва дастпӯшакҳо

- Пеш аз даст расондан ба ҳар гуна қисми таркибии системаи доруфиристони дохиливаридӣ дастҳоятонро шӯед (Агар дастҳо тоза бошанд, шумо метавонед онҳоро бо воситаи зиддитааффунии тозакунии дастҳо, ки аз спирти 60-90%-и этилӣ ё изопропилӣ ва моддаи мулоимкунанда, масалан, глитсерин тайёр карда шудааст, безарар кунед).

- Дастпӯшакҳои тозаи муоинавӣ бевосита пеш аз даст расондан ба қисмати доругузaronӣ ё поршени сӯзан ё катетер пӯшидан лозим аст.

- Баъди кашидани дастпӯшакҳо дастҳоятонро шӯед ё воситаи зиддитааффунии беоб дар асоси спиртиро истифода баред.

Нигоҳбуди қисмати воридкунии катетер ва бандина

- Агар ҷойи воридкунии сӯзан ё катетер ба таври намоён ифлос шуда бошад, онро бо собуну оби тоза шӯед ва пеш аз гузаронидани зиддитааффунияти пӯст хушк кунед.

- Барои коркарди пӯст хлоргексидин глюконати 2% (бехтар аст), повидон-йодини 10% ё спирти 60–90%-ро истифода баред. Ҳангоми истифода бурдани повидон-йодин ба сифати воситаи зиддиуфунӣ баъди гузаронидан барои хушк шудани он имконият диҳед ё то ворид намудани катетер на камтар аз 2 дақиқа сабр кунед.
- Дар ҷойи доругузаронӣ малҳами зиддимикробӣ намолед – ин хатари сироятнокшавиро кам намекунад.
- Барои пӯшондани ҷойи доругузаронӣ марҳами шаффофи часпак, ки барои тафтиш намудани ҷойи доругузаронӣ имконият медиҳанд, бандинаҳои бесироят ё тозаии докагин ё марҳами часпаки (лейкопластир) ҷаррохию истифода бурдан мумкин аст.
- Бандинаҳои докагин, агар хушк нигоҳ дошта шаванд, то 72 соат нигоҳ дошта шуда метавонанд. Ҳамин ки онҳо нам кашиданд, ифлос ё суст шуданд, онҳоро иваз кардан лозим аст. Пӯшиш бо тасмачаи шаффофи часпак то 7 рӯз дар ҷояш нигоҳ дошта шуда метавонад.
- Бандинаҳои докагин ё марҳамҳои часпакро (лейкопластир) ҳангоми азназаргузаронии ҷойи доругузаронӣ иваз намудан зарур аст.
- Қисматеро, ки ба он катетер ё сӯзан ворид карда шудааст, ҳар рӯз барои фаҳмидани дарднокӣ ламс кардан лозим аст.

Интиҳоби ҷойи доругузаронӣ ё бонавбат иваз намудани он

• Дар калонсолон ба варидҳои панҷаи даст бартарият дода мешавад, варидҳои оринҷ назар ба варидҳои пой ё панҷаи пой бехтар ҳастанд. (Сӯзану катетерҳое, ки ба варидҳои пой ё панҷаи пой ворид карда шудаанд, боиси илтиҳоби ҷойи воридкунӣ ё флебит шуда метавонанд).

• Бо навбат иваз намудани ҷойи доругузаронӣ баъди 72-96 соат хатари флебит ё сироятро кам менамояд.

- Бояд бо тамоми ҷораҳои муҳофизатии эҳтиёткорӣ (дастпӯшак, хилъат, ниқобҳо ва гузоштани сачоқчаи таъмизшуда ба ҷойи воридкунӣ) на дар раҳти хоб, балки утоқи илҷия гузаронида шавад.
- Бе зарурият катетерҳои марказии варидӣ, катетерҳои канорӣ воридкардашудаи варидӣ, катетерҳои гемодиализ ё катетерҳои шушии шараёниро иваз накунед; то ин ки сирояти бо ивазкунии катетер алоқаманд пешгирӣ карда шавад. Ҳамеша ҷӣ гуна зарурияти доштани ивазкунии катетерро баҳо диҳед.

Барои навзодон катетерҳои варидии ноф то имкон дорад бояд барвақттар гирифта шаванд, вале метавонанд то 14 рӯз нигоҳ дошта шаванд.

Иваз намудани моеъҳо ё системаҳои доругузaronӣ:

- Шишачаҳо ё халтачаҳои пластикии дорoi маҳлулҳои парентаралии доругузaronии дохиливаридиро ҳар як 24 соат иваз намоед.
- Шишачаҳо ё халтачаҳои пластикии дорoi эмулсияи липидиро дар давоми 12 соат иваз намоед.
- Системҳо бояд баъди вайроншавӣ бояд фавран ва одатан баъди 72 соат иваз карда шаванд. (Агар найча баромада бошад, чойи воридкунии сӯзан ё катетери пластикиро бо спирти 60-90% тоза кунед ва онро ба системаи нави доругузaronӣ пайваст намоед).
- Найчаҳои барои гузаронидани хун, чузъҳои хун ё эмулсияи липидӣ истифодашавандарo дар давоми 24 соат иваз намоед.

Дар хотир доред: сӯзан ё катетери маҳкамкарданашударo ба варид ворид накунед ва барои ба даст, оринчи ниёзманд, кат ва фарш чакидани хун роҳ надихед!

Дар хотир доред: тофтабанд(жгут) бояд бо обу собун шуста, хушк карда шавад ва агар ба таври намоён ифлос шуда бошад, бо маҳлули 0,5% хлорамин ё спирти 60-90% баъди ҳар як ниёзманд тоза карда шавад.

Дар хотир доред: дар маводи бандинабандӣ сана ва вақти ворид намудани системаи дохиливаридӣ ва андозаи сӯзанро аниқ нависед.

6.4. Нигоҳдорӣ ва додани маводи зиддиуфунӣ

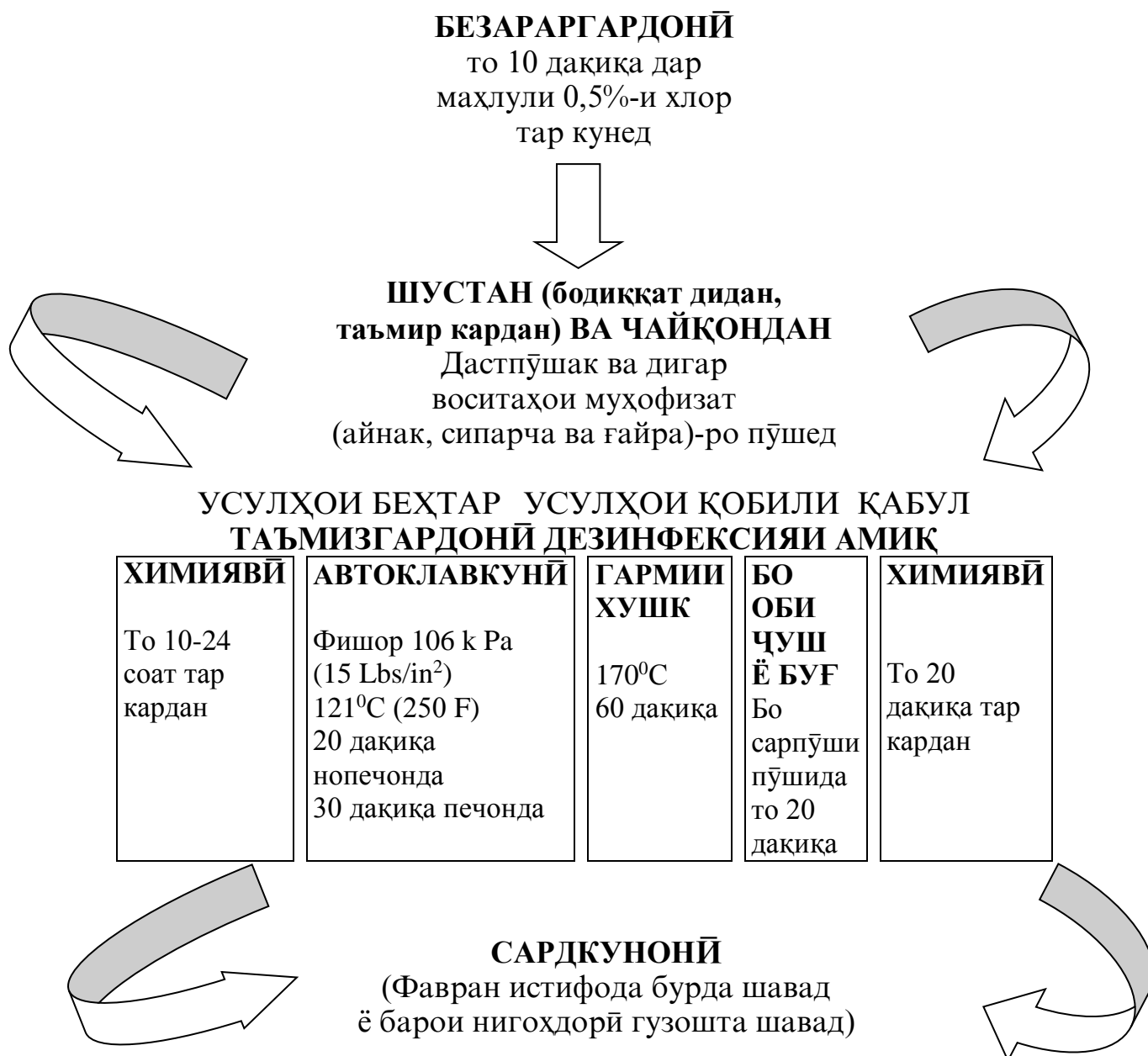
Ҳодисаҳои олудашавии ҳар як воситаҳои зиддиуфунӣ маълуманд. Дар байни микроорганизмҳои сирояткунандаи маҳлулҳои зиддиуфунӣ - *Staphylococcus epidermidis* ва *aureus*, батсиллаҳои грамманфӣ, *Pseudomonas aeruginosa*, ва баъзе аз спораҳои дарунӣ (эндоспораҳо) мебошанд. Маводҳои зиддитааффунии сироятшуда метавонанд ҳангоми истифодабарии барои шустани дастҳо ва тозакунии пӯсти ниёзмандон боиси сирояти минбаъда гарданд. Чораҳои зерин метавонанд олудашавии (контаминатсияи) маҳлулҳои зиддитааффуниро пешгирӣ намоянд:

- Агар маводи зиддиуфунӣ дар бастабандиҳои хурд-хурд пешниҳод нагардад, онро ба зарфҳои хурд барои истифодабарии ҳаррӯза резед. Ин бухоршавӣ ва олудшавиро пешгирӣ менамояд. Ҳар дафъаи пур кардани зарф боварӣ ҳосил намоед, ки дар он номи дурусти маҳлул нишон дода шудааст. Дока ё латтарo дар маводи зиддиуфунӣ нагузored, чунки ин барои олудашавӣ мусоидат мекунад.
- Речаи анъанавии тайёр намудани маҳлулҳои нав ва шустани зарфҳоро барои истифодабарии такрорӣ муқаррар намоед. (Хатари олудшавии маҳлулҳо баъди як ҳафтаи нигоҳдорӣ баланд мегардад). Дозаторҳои воситаи зиддиуффуниро «аз ҳад зиёд пур» накунед.

- Зарфҳои истифодаашон бисёрдафъаро бо обу собуни тоза шӯед, агар мавҷуд бошад бо оби чӯшомеда чайқонед ва пеш аз такроран пуркунӣ барои хушк шудан гузоред.
- Дар зарфҳо ҳар дафъае, ки онҳоро мешӯянд, хушк мекунанд ва аз сари нав пур мекунанд, тамғакоғаз часпонед.
- Маҳлулҳои зиддитааффунии концентратсияшуда бояд дар ҷойи салқину хушк нигоҳ дошта шаванд. Ҳеҷ гоҳ онҳоро зери нурҳои бевоситаи офтоб ё бо ҳарорати баланд (масалан, дар рафҳои болоии биноҳои бомашон оҳанин) нигоҳ надоред.

7. КОРКАРДИ АСБОБҲО

Расми 7-1. Лаҳзаҳои асосии тозакунии асбобҳо ва дигар ашёҳо.



- Деконтаминатсия/Безараргардонӣ. Равандест, ки ашёҳои бечонро то шустанашон барои кормандон нисбатан бехатар мегардонад, яъне вирусҳои гепатитҳои В, С ва ВНМО нофаъол мегардонад ва микдори дигар микроорганизмҳои сироятнокунандаро кам менамояд, вале пурра бартараф намесозад.
- Шустан. Раванди ба таври физикӣ нест кардани тамоми чанг, ифлосӣ, хун ё дигар моеъҳои биологии ба назар намоён аз ашёҳои бечон, инчунин нест кардани микдори кофии микроорганизмҳо ба мақсади кам намудани хатар барои онҳое, ки ба пӯст даст мерасонад ё бо ашёҳо сару кор мегирад. Бад аз бодикқат шустан бо собун ё моеи шӯянда ва об, чайқондан бо оби тоза ва хушк кардан иборат аст. Бад аз шустан бо диккат дидани тозагии асбобҳо, дар вақти будани нишондод тамир гузаронидан ва тафтиши коршоямии асбобҳо гузаронида шавад. Бад аз тамир такроран шустушу гузаронидан лозим.
- Хизматрасонии техникӣ асбобҳо ва тичхизотҳои тибби. Ин раванди таъмиру тармими фосилави, тафтишоти коршоями, коркард намудани чойҳои зангзада (коррозияшуда) ва дар мавридҳои зарурӣ истифодаи онҳо, асбобҳо мебоянд такроран шуста, хушконида ва пеш аз тамизкуни печонида шаванд.
- Дезинфексияи амиқ (ДА). Раванде, ки ҳамаи микроорганизмҳо, ғайр аз баъзе спораҳои дарунии сатҳи объектҳои бечон бо роҳи ҷӯшондан, бо буғ ё истифодаи воситаҳои химиявӣ дезинфексиякунанда бартараф менамояд.
- Таъмизгардони (стерилизатсия.) Раванди нест кардани тамоми микроорганизмҳо (бактерия, вирус, замбуруғу паразитҳо), аз ҷумла спораҳои дарунии бактериявӣ аз ашёҳои бечон тавассути буғ таҳти фишори баланд (автоклав), гармии хушк (термостат), стерилизаторҳои химиявӣ ё радиатсия.

7.1. Деконтаминатсия/Безараргардонӣ

Деконтаминасия қадами аввалини тоза намудани асбобҳои ифлосшудаи ҷарроҳӣ, ва дигар ашёҳо мебошад. Ин ашёҳо бо ғутондан дар маҳлули 0,5%-и хлор (ё дигар маҳлули безараркунандаи барои истифодабарӣ тасдиқшуда) 10 дақиқа қабл аз шустан безарар мегардонанд. Ин раванд зуд вирусҳои гепатитҳои В, С ва ВНМО-ро нофаъол мегардонад ва минбаъд бо ин ашёҳо сару кор доштани кормандеро, ки ба коркарди онҳо машғул мебошад, нисбатан бехатар мегардонад.

Баъди ба анҷом расонидани амалиёт дастпӯшакҳои ҷарроҳӣ ё имтиҳонотиро дар даст нигоҳ доред ё дастпӯшакҳои хоҷагӣ пӯшед. Фавран баъди анҷоми илочия ҳамаи асбобҳоро то 10 дақиқа дар маҳлули 0,5%-и хлор гузоред. Агар дар дастҳоятон дастпӯшакҳои ҷарроҳӣ ё имтиҳонотӣ дошта бошед, харду дасти дастпӯшакдорро ба маҳлули 0,5%-и хлор ғуттонед.

Дастпӯшакҳоро чаппа тоб дода, кашед. Агар дастпӯшакҳо яккарата бошанд, онҳоро дар контейнери шикофнашаванда ё халтачаи саҳти паластикӣ гузоред. Агар дастпӯшакҳо бояд тоза карда шаванд, онҳоро барои деконтаминатсия то 10 дақиқа дар маҳлули 0,5%-и хлор гузоред. Партовҳоро дар контейнери шикофнашаванда ё халтачаи саҳти паластикӣ партоед

Ҳамаи сатҳҳоеро, ки дар рафти илочия илос шудаанд, бо роҳи тоза намудан бо сачоқчаи дар маҳлули 0,5%-и хлор деконтаминатсия (беолоиш) намоед.

Асбобҳоро аз маҳлули 0,5%-и хлор баъди 10 дақиқа гиред ва фавран бо оби хунук барои нест кардани ифлосҳои намоёни органикӣ пеш аз баъдан бодикқат шустан, чайкoned. Дар утоқи амалиёт ё толори ҷарроҳӣ тавре гузоштани ду зарф: яке бо маҳлули 0,5%-и хлор ва дигаре бо об пуркардашуда тавсия дода мешавад, то ин ки барои пешгирӣ намудани коррозия баъди 10 дақиқа онҳоро аз об гирифтани мумкин бошад. **Дар хотир доред**, ки зиёда аз як соат дар об қарор доштани асбобҳо боиси занг задани онҳо мегардад.

Маҳлули безараркунандаро ҳар рӯз ва агар зарур бошад, зиёдтар иваз намоед (ҳангоме ки он хира мегардад, иваз намоед).

Маслиҳатҳо оид ба деконтаминатсия:

- Истифода бурдани зарфҳои пластикӣ бо сабабҳои зерин беҳтар аст.
 - Ҳангоми расидан ба зарфҳои металлӣ ашёҳои тез (масалан, қайчӣ) метавонанд кунд шаванд;
 - Байни сатҳҳои асбобҳои металлӣ ва зарфҳои металлӣ метавонад рексияи химиявӣ (электролиз), ва ҳамчун натиҷа – занг дар сатҳи асбоб пайдо шавад.
- Асбобҳои металли дорои сарпӯши галваниро (на 100% пӯлоди зангназанада) ҳатто дар оби муқаррарӣ зиёда аз як соат нигоҳ надоред, зеро онҳо метавонанд занг зананд.

Формула барои тайёр намудани маҳлули ҳалқардашуда аз ҳар гуна маҳлули концентрасияшудаи хлор

Ҷадвали 7-1. Формула барои тайёр намудани маҳлули ҳалқардашуда аз ҳар гуна маҳлули концентрасияшудаи хлор

• Концентратсияи (%-и концентрати) маҳсулоти хлореро, ки истифода мебаред, тафтиш намоед.

• Миқдори матлуби оби тозаро бо истифодаи формулаи зерин муайян кунед.

$$\text{Миқдори умумии қисматҳои (МУ) об} = \left[\frac{\% \text{ нисбати концентрат}}{\% \text{ маҳлул}} \right] - 1$$

• Як қисми хлори концентратсияшударо бо миқдори умумии қисмҳои об омехта кунед

Масалан: Тайёр намудани маҳлул (0,5%) аз маҳлули 5%-и концентрасияшуда

ҚАДАМИ 1: Миқдори умумии обро ҳисоб кунед: $\left[\frac{5.0\%}{0.5\%} \right] - 1 = 10 - 1 = 9$

ҚАДАМИ 2: Як қисми маҳлули концентратсияшударо гиред ва 9 қисми об илова намоед.

Формулаи тайёр намудани маҳлули хлор аз хокаи хушки хлор

Рисунок 7-2. Формулаи тайёр намудани маҳлули хлор аз хокаи хушки хлор

Концентратсияи (%-и хокаи хушки хлор) маҳсулоти хокаи хушки хлореро ки истифода мебаред, тафтиш намоед.

Миқдори матлуби грами хокаи хушки хлорро бо истифодаи формулаи зерин, муайян намоед.

$$\text{Грамм/литр} = \left[\frac{\% \text{ маҳлул}}{\% \text{ концентрат}} \right] \times 1000$$

Як қисми лозими хокаи хушки хлорро бо 1 литр об омехта кунед.

Масалан: Тайёр намудани омехтаи маҳлули хлор-озодкунанда (0,5%) аз хокаи концентратсиянок (35%).

ҚАДАМИ 1: Ҳисоб намоед грамм/литр:

$$\left[\frac{0.5\%}{35\%} \right] \times 1000 = 14.2 \text{ г/л}$$

ҚАДАМИ 2: Илова кунед 14,2 грамм (.14 г) ба 1 литр об.

Миқдори тахминӣ (бо грамм), ки барои тайёр намудани маҳлулҳои 0,1% ва 0,5%-хлордор аз якчанд маҳсулоти хлордори ба таври тичоратӣ дастраси ҳабмонанд ё хокашакл дар **Ҷадвали 7-3** оварда шудааст.

Чадвали 7-3. Тайёр намудани маҳлулҳои ҳалкардашудаи хлор аз хоқаҳои хушк		
ХЛОРИ ФАЪОЛ	0,5%	0,1%^б
Гипохлорити калтсий (70% хлори фаъол)	7,1 г/л ^а	1,4 г/л
Гипохлорити калтсий (35% хлори фаъол)	14,2 г/л	2,8 г/л
<p>Барои хоқаҳои хушк хонед: X грамм ба литр (масалан: гипохлорити калтсий – 7,1 грамм бо 1 литр об омехта карда шавад).</p> <p>Барои тайёр намудани маҳлули 0,15_и хлори ДА оби чӯшомадаро истифода баред, чунки оби чумакҳо (водопровод) моддаҳои микроскопии органикии доранд, ки хлорро нофаъол мегардонанд.</p>		

Дар хотир доред: мақсади деконтаминатсия – аз бемориҳои чиддӣ муҳофизат намудани шахсони бо асбобҳои ҷарроҳӣ ва дигар ашёҳо коркунандае мебошанд, ки метавонистанд бо хуну дигар моеъҳои биологӣ иртибот дошта бошанд.

Баъди деконтаминатсия асбобу дигар ашёҳо тозакунии минбаъдаи онҳо бехатар мегардад. Ин тозакунии аз **шустан**, сипас аз **таъмизгардонӣ** ё **безаргардонии амиқ** (БА) иборат аст.

7.2. Шустан

Шустан барои он муҳим аст, ки он усули самараноки кам намудани миқдори микроорганизмҳо, махсусан спораҳои дохилие мебошад, ки боиси кузоз (столбняк) дар асбобу таҷхизотҳои ифлосшуда мегарданд. На таъмизгардонӣ, на безаргардонии амиқ бе шустани пешакӣ самаранок намешаванд.

Бо собуну оби тоза бодикқат шустан ҳамчунин ба таври ҷисмонӣ моддаҳои органикӣ, ба мисли хун ё моеъҳои биологӣ организмро баргараф месозад.

Истифодабарии собун барои тозакунии самаранок муҳим аст, зеро об худ аз хул сафедаҳо, ҷарбу равғанҳоро нест намекунад. Истифода бурдани собунҳои порча-порча ё хоқаҳо тавсия дода намешавад, чунки кислотаҳои ҷарбии дар собуни порчагӣ мавҷудбуда бо минералҳои оби саҳт ба реаксия дохил шуда, таҳшинро (намакҳои ҳалнашавандаи калтсийро) боқӣ мегузоранд, ки нест кардани он душвор аст. Ҳангоми мавҷуд будан истифодаи собуни моеъ бехтар аст, чунки собуни моеъ назар ба собуни порчагӣ ё воситаҳои шӯяндаи хоқагӣ дар об осонтар ҳал мешавад. Ғайр аз ин, собуни моеъ ё воситаи шӯянда ҷарб, равған ва дигар моддаҳои бегонаи дар маҳлул мавҷудбударо вайрон ё таҷзия мекунанд, ки баъдан ҳангоми шустан нест кардани онҳо осон мегардад.

Дар хотир доред: агар ашёро шустан мумкин набошад, вайро такроран истифода бурдан лозим нест, дар он сурат онро партофтан лозим аст.

- Барои нест кардани ҳамаи изҳои ифлосшавӣ асбобҳоро бо ҷуткаи нарм дар оби собундор то даме шӯед, ки онҳо тоза ба назар намоянд.

- Воситаҳои шӯяндаи абразивӣ (масалан, Comet®) ё дастмоли металиро истифода набаред, зеро онҳо метавонанд металл ё пӯлоди

зангназанандаро харошанд. Ин харошҳо минбаъд чаббандаи микроорганизмҳо гардида, шустанро душвор мегардонанд ва имконияти коррозияро (зангзаниро) зиёд мегардонад

- Баъди шустан асбоб онро ба воситаи шишаи калонкунанда (лупа) аз назар гузаронидан лозим. Мавриди таъминталаб будани он гузаронидани таъмиру тармими асбоб. Коркарди чойҳои зангзада, тафтишоти коршоями, такроран тоза кардан ва баъди он бодикқат чайқонида, хушконида, печонида ва тамгагузори намудан лозим. Боддикат чайқонидан бо оби тоза тамоми боқимондаҳои собунро нест мекунад, ки метавонад ба самаранокии таъмизгардони ё БА халал расонанд. Оби дар асбобҳо боқимонда (масалан, асбобҳои чарроҳӣ) маҳлулро ҳал мекунонад ва метавонад равандро ғайрисамаранок гардонад.

- Ҳангоми тоза кардани асбобу таҷҳизотҳо **дастпӯшак** пӯшед (дастпӯшакҳои саҳти хочагӣ ё корӣ қобили қабул мебошанд). Дастпӯшакҳои дарида ё зарардидаро партофтан лозим аст. Дар дигар ҳолатҳо барои истифода бурдан дар рӯзи дигар онҳоро шустан ва дар охири рӯзи корӣ хушккундан лозим аст.

- Ҳангоми шустан асбобу таҷҳизот барои кам намудани хатари пошхӯрии моеъҳои олудашуда ба чашм ё бадан воситаи муҳофизати чашмҳо (**сипарчаҳои муҳофизатии пластикӣ, айнакҳои муҳофизатӣ**) ва ҳангоми мавҷуд будан пешдоманҳои пластикӣ пӯшед.

- Барои **пешгирӣ намудани пошхӯрӣ**, чизҳои шушашавандаро дар зери сатҳи об нигоҳ доред.

- **Асбобҳоро** бо чӯткаи нарм (чӯткаҳои кӯҳнаи дандоншӯӣ низ мешаванд) дар оби собундор то даме шued, ки ба назар тоза намоянд. Ба асбобҳои дандона, пайвастагӣ ва винтдор, ки дар онҳо маводҳои органикӣ ғун шуда метавонанд, диққати махсус диҳед. Барои нест кардани боқимондаи моддаи шӯянда, ки метавонад бо дезинфектантҳои химиявии барои безаргардонии амик ё тамизгардони истифодашаванда таъсири мутақобила расонад, асбобҳоро баъди шустан бодикқат бо оби тоза чайқондан лозим аст.

Дар хотир доред: барои шустан асбобҳои ғайрибурҳонӣ, ба мисли манжетаи дастгоҳҳои ченкунии фишор ё стетоскопҳо дезинфектантҳои мувофиқро истифода бурдан лозим аст.

- **Найчаву шлангҳои резинӣ ва пластикӣ**, ба мисли найчаҳои аспиратори назогастралӣ барои навзодонро фақат дар ҳолате такроран истифода бурдан мумкин аст, ки агар онҳоро бодикқат шустан, чайқондан ва хушк кардан мумкин бошад.

- **Ҳароратсанҷҳои даҳонӣ ва рӯдаи мустақимро (ректалиро)** ҳеч гоҳ ҳатто баъди шустан ҳам якҷоя нигоҳ доштан лозим нест. Онҳоро дар зарфҳои алоҳида нигоҳ доред.

Дар хотир доред: бисёре аз моддаҳои шӯянда аммиак доранд, ки метавонад бо дезинфектант (хлор) таъсири мутақобила расонад, боиси ҳосил шудани бугҳои захрнок гарданд. Тамғакоғазии воситаи шӯяндаро тафтиш

намоед, то ин ки ба аммиак нашоштани он боварӣ ҳосил намоед (гоҳо ҳангоми кушодани баста бӯи аммиакро эҳсос кардан мумкин аст).

7.3. Таъмизгардонӣ

Таъмизгардонӣ ҳамаи микроорганизмҳо, аз ҷумла спораҳои дарунии бактериявиро нест мекунад.

Таъмизгардонӣ бояд барои асбобҳо ва дигар асбобҳои истифода бурда шавад, ки дар иртиботи бевосита бо маҷрои хун ва бофтаҳои ҳангоми меъёр таъмиз қарор доранд. Ин метавонад бо буғи таҳти фишори баланд (автоклав), гармии хушк (оташон), стерилизаторҳои химиявӣ (глутаралдегидҳо ва гайраҳо) ё омилҳои физикӣ (радиатсия) ба даст оварда шавад. Азбаски таъмизгардони на амали алоҳида, балки раванд мебошад, барои ба даст омадани таъмизгардони бояд ҳамаи ҷузъҳо ба таври лозимӣ иҷро карда шаванд.

Таъмизгардониро дар ҷойи қатъиян ҷудокардашуда гузаронидан лозим аст, яъне бинои мутамаркази таъмизгардони ва шахсе бояд қор кунад, ки бевосита барои раванди таъмизгардони ҷавобгар аст.

Барои самаранок будани таъмизгардони вақт, иртибот, ҳарорат ва дар ҳолати таъмизгардонии буғи фишори баланд талаб карда мешавад. Ҳамаи ин дар дафтари алоҳида бояд қайд карда шавад.

Дар хотир доред: гарчанде бо спирт чайқондани ашё ва минбаъд бо гуғирд дар гирондан (шӯълазанӣ) гоҳо ҳамчун усули таъмизгардони пешниҳод карда мешавад, он самаранок нест!

Шартҳои стандартии таъмизгардони

Таъмизгардони бо буғ (Ивазкунии гравитатсионӣ-дар автоклав)

- Ҳарорат бояд 121°C (250°F); фишор- 106 кПа (15 ф/д²); 20 дақиқа барои асбобҳои печонданаашуда; 30 дақиқа барои асбобҳои печондашуда бошад. Ё ҳангоми ҳарорати нисбатан баландтар 132°C(270°F), фишор 30 ф/д²; 15 дақиқа барои ашёҳои печондашуда.

- Пеш аз автоклав гирифтани барои хушк шудани ҳамаи ашёҳо имконият диҳед.

Эзоҳ: Қиматҳои дастурии фишор (кПа ё фунт/дюйм²) вобаста аз стерилизатори истифодашаванда метавонанд андаке фарқ кунанд. Аз рӯи имконият тавсияҳои истехсолкунандаро риоя намоед.

Гармии хушк дар ҷевони таъмизгардонӣ (Сухожаровой шкафа):

- 170°C (340°F) муддати 1 соат (давомнокии умумии давр – дар оташдон гузоштани асбобҳо, то 170°C гарм кардан, гармкунӣ муддати як соат ва сипас хунуккунӣ – аз 2 то 2,5соат мебошад), ё

- 160°C (320°F) муддати 2 соат (давомнокии умумии давр аз 3 то 3,5 соат).

Дар хотир доред: Вақти таъсир фақат хангоме оғоз меёбад, ки оташдон ба ҳарорати зарурӣ расида бошад .

Стерилизаторро аз ҳад зиёд пур накунад! Лоақал байни ашӯҳо ва девораҳои стерилизатор 7,5 см боқӣ гузored. Аз ҳад зиёд пуркунӣ ба конвексияи гармӣ таъсир мерасонад ва вақти барои тамизгардони заруриро зиёд менамояд.

Таъмизгардони бо автоклавкунонӣ

Таъмизгардони бо буғи таҳти фишори баланд усули самараноки тамизгардони мебошад, вале онро дуруст иҷро кардан душвор аст. Автоклавкунонӣ одатан асосан барои таъмизгардонии асбобу дигар ашӯҳо дар муассисаҳои тиббӣ интихоб карда мешавад. Агар нишондоди махсуси истеҳсолкунанда набошад, асбоб ё ашӯҳои аз пластика ва резин тайёршударо ба автоклав нагузored, зеро онҳо ,об мешаванд.

Дар он ҷое, ки мушкилоти неруи барқ мавҷуд аст, асбобҳоро дар стерилизатори ғайрибарқии буғӣ бо истифодаи керосин ба сифати сарчашмаи гармӣ бесироятгардондан мумкин аст.

- Асбобҳоро ду қабат дар матоъ ё қоғази паҳнкардашуда печондан, усули печондани лифофагӣ ё квадратири истифода баред.

- Бастаро дар раф тарзе гузored, ки даврзании озод ва воридшавии буғро ба ҳамаи қисматҳо таъмин намоед. Дар стерилизаторҳои калон, ки равонок (тележка) доранд, бастаҳо бояд аввал дар равонок ва сипас дар стерилизатор гузошта шаванд.

- Ашӯҳои печондашударо муддати 30 дақиқа, печонданашударо – 20 дақиқа бесироят гардондан лозим аст. Барои ба ҳисоб гирифтани вақт сониясанҷро истифода баред. Ҳарорат бояд 121°C (250°F), 1,1 атмосфера, фишор 106 кПа бошад.

- 30 дақиқа (ё то даме, ки монометр сифрро нишон диҳад) сабр кардан лозим аст, то ин ки стерилизатор ба таври кофӣ хунук шавад, сарпӯш ё дари стерилизаторро то 15-16 см кушоед.

- Пеш аз гирифтани барои пурра хушк шудани асбобҳо имконият диҳед, ки барои ин боз 30 дақиқайи дигар талаб карда мешавад. Агар бастаҳои тар ё намнок ба ашӯ ё сатҳҳои бесироят расанд, онҳоро аз сари нав автоклав кардан лозим аст. Асбобҳои печондашуда аз тамизгардони нагузашта шуморида мешаванд, агар баъди аз камера гирифта онҳо дар беруни баста қатраҳои об ё нами ба назар намоён мавҷуд бошад .

- Барои пешгирии намудани конденсатсия, нова ё халтачаҳои тамизшуда аз камера гирифташударо ба сатҳи қоғаз ё матоъ паҳнкардашуда гузored.

- Пеш аз онҳоро барои нигоҳдорӣ гузоштан ба ҳарорати хонагӣ расидани бастаҳо имконият диҳед.

- Шартҳои таъмизгардониро (вақт, ҳарорат ва фишорро) дар дафтар нависед.

- Ҳар як пуркунӣ бояд бо истифода бурдани усулҳои механикӣ (вақт, ҳарорат ва фишор) ва химиявӣ (тасмачаҳои дохилӣ ва берунии химиявии индикаторӣ) назорат карда шавад
- Автоклавҳо ҳамагӯза бояд бо тести бартаарафкунии ҳаво (тести Бовие-Дик) тафтиш карда шаванд.
- Автоклавҳо бояд бо истифодаи индикаторҳои биологӣ ҳар ҳафта тестӣ кунонида шаванд.

Таъмизгардони бо гармии хушк

- Асбобҳои металлӣ ё шпритсҳои шишагинро ба контейнери металли сарпӯшдор гузошта, бо сарпӯш пӯшонед.
- Агар нишондоди истеҳсолкунанда оид ба бехатар будан мавҷуд набошад, ашёҳои пластикӣ ё резиниро бо гарми хушк бесироят гардондан мумкин нест, чунки онҳо об мешаванд.
- Контейнерҳои пӯшидаро ба оташдон гузоред ва то 170 °C ё 160°C гарм кунед.
- **Баъди ба даст омадани ҳарорати зарурӣ** баҳисобгирии вақтро оғоз намоед. Таносуби зерини ҳарорату вақт тавсия дода мешавад:

170°C (340°F)	60 дақиқа
160°C (320°F)	120 дақиқа
150°C (300°F)	150 дақиқа
140°C (285°F)	180 дақиқа
121°C (250°F)	тамоми шаб

- Контейнери хунукшударо гирифтани ва барои нигоҳдорӣ гузоштан мумкин аст.

Дар хотир доред: гармии хушкро фақат барои ашёҳои истифода баред, ки метавонанд ба ҳарорати 170°C (340°F) тоб оваранд.

Дар хотир доред: сӯзану дигар ашёҳои дорои канорҳои бурранда бояд дар ҳарорати нисбатан пасттар (160°C /320°F) таъмизгардонда шаванд, зеро ҳарорати нисбатан баланд метавонад тезии канорҳои буррандаро вайрон созад.

Таъмизгардони химиявӣ

- Маҳлули тозаи моддаи химиявиро барои таъмизгардони чи хеле ки дар дастурамали истеҳсолкунанда нишон дода шудааст, тайёр намоед ё коршоямии маҳлули тайёро тафтиш намоед.

- Ашёҳои шусташуда ё хушккардашударо дар маҳлули 2-4%-и глютаралдегид (Cidex®) ё Ортофталальдегид (ОРА), ё надуксусная кислота ва ё маҳлули 8% формалдегид гузошта, ҳамаи ашёҳоро пурра пӯшонед. Ба истифодаи формалдегид роҳ дода, вале тавсия дода намешавад, зеро вай пӯст, чашм ва роҳҳои нафаскаширо саҳт барангезиш медиҳад ва ҳамчун моддаи саратоновар (кансероген) тасниф карда мешавад.

- Контейнерро пӯшонед ва ашёҳои таркадашударо то 10 соат дар маҳлули глютаралдегид ё минимум то 24 соат дар формалдегид гузоред.

- Ашёҳоро аз маҳлули химиявӣ бо дастпӯшакҳои таъмиз ё гираи (пинсети) таъмиз ё бо роҳи доштан гиред.

- Барои баратараф намудани **ҳамаи** изҳои препарати химиявӣ ашёҳоро бодикқат бо оби **тамизшуда** чайқонед .

- Ашёҳоро фавран истифода баред ё онҳоро дар контейнери бесироят, пӯшида гузоред.

Дар хотир доред: таъмизгардонии химиявии барои шпритсҳо тавсия дода намешавад, чунки таҳшиноҳои химиявие, ки ҳатто баъди чайқондани бисёркарата бо обу чушмода боқӣ монда метавонанд, ба самараи доруҳои тазриқшаванда таъсир расонда метавонанд.

7.4. Безаргардонии амик (БА)

Гарчанде тамизгардони усули аз ҳама бехатар ва самараноки тозакунии интиҳои асбобҳо мебошад, таҷҳизот барои тамизгардони ё дастрас нест ё корношоям аст. Дар чунин ҳолатҳо БА алтернативаи ягонаи қобили қабул мебошад. Раванди БА ҳамаи микроорганизмҳоро (аз ҷумла бактерияҳои вегетативӣ, чубчамикробҳои сил, вирусҳо , ба истиснои баъзе аз спораҳои дарунии бактериявӣ нест мекунад. Аз ин сабаб БА дар муассисаҳое, ки автоклав доранд (дуруст фаъолияткунанда ва дорои сертификатсия) қобили қабул нест)

Безаргардонии амик бо роҳи дар об ҷӯшондан, коркард бо буғи гарм (гармои намнок) ё таркунии асбобҳо дар дезинфектанҳои гуногуни химиявӣ ба даст оварда мешавад. Барои ҳосил намудани самаранокӣ ҳамаи марҳилаҳо ҳангоми гузаронидани ҳар яке аз усулҳо бояд бодикқат назорат карда шаванд.

Безаргардонии амик бо роҳи ҷӯшонидан

Дар об ҷӯшондан усули самаранок, амалии безаргардонии амики асбобу дигар ашёҳо мебошад. Гарчанде муддати 20 дақиқа дар об ҷӯшондан ҳамаи шаклҳои вегетативии бактерияҳо, вирусҳо (аз ҷумла гепатити В ва С ва ВНМО, замбуруғҳоро нест мекунад, ҷӯшондан **ба таври эътимоднок** ҳамаи спораҳои даруниро нест карда наметавонад.

Дар хотир доред: чушиши сабӯк кифоя аст, ки ба ҳам ё ба девораи баки барои ҷӯшондан пешбинишуда бархӯрдани асбобу дигар ашёҳо ва ба ин васила осебинии онҳо пешгирӣ карда шавад.

Мӯҳлати хизмати асбобҳоеро, ки тез-тез чӯшонда мешаванд, чӣ гуна дароз кардан мумкин аст

Дар асбобҳои металлие, ки тез-тез чӯшонда мешаванд, метавонад карахш боқӣ монад. Аз ин карахшҳо, ки аз намакҳои оҳаки об ба вучуд меоянд, дури чустан душвор аст. Барои ниҳоят кам намудани ин карахшҳо тавсияҳои зеринро иҷро кардан лозим аст :

- Дар оғози ҳар рӯз пеш аз истифодабарӣ обро муддати 10 дақиқа чӯшонед (Ин боиси таҳшин шудани қисми зиёди қабати оҳак дар девораи баки барои чӯшондан пешбинишуда қабл аз он ки ба он ашёҳо ҷойгир карда шаванд, мегардад.)

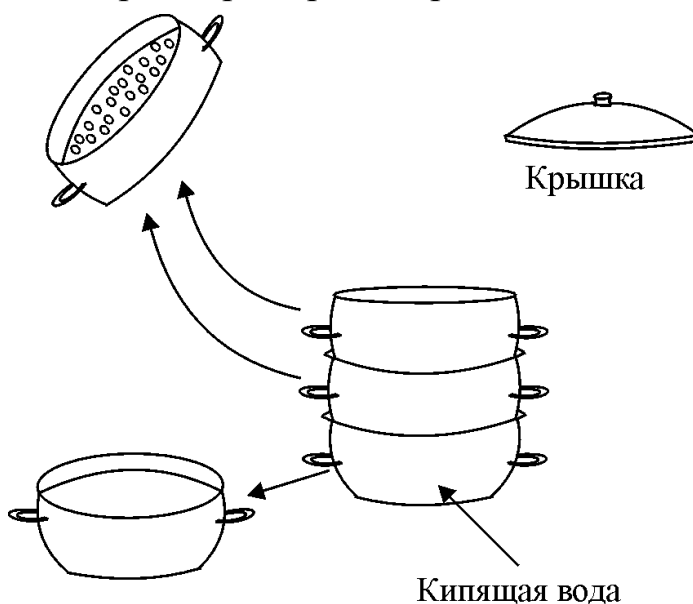
- Дар давоми рӯз аз худи ҳамин об истифода бурда, фақат миқдори заруриро илова намоед, то ин ки дараҷаи об, лоақал 2,5 см болотари асбобҳои амик дезинфексияшаванда нигоҳ дошта шавад. (Тез-тез рехтан ва иваз намудани об, инчунин бошиддат чӯшидан хатари ҳосил шудани карахши асбобҳоро зиёд мекунад.)

- Дар охири ҳар рӯз обро резед ва бойлер ё бакро шӯед, то ин ки қабатҳои оҳак баргараф карда шаванд.

Тозакунӣ бо буғ

Ҳам Ҳангоми чӯшондан ва ҳам Ҳангоми бо буғ тоза кардан барои нест кардани микроорганизмҳо гармии намнок истифода бурда мешавад. Ҳангоми интиҳоби усули тозакунии интиҳоеи милаи (канюлаи) пластикӣ ва шпритсҳо **бо буғ тозакунии нисбати чӯшондан баъзе баргариҳо дорад.** Вай ба ашёҳои таъсири камтари зараровар мерасонад ва азбаски нисбати чӯшондан ба сӯзишворӣ ва оби камтар эҳтиёҷ дорад, нисбатан сарфакоронатар мебошад. Масалан, барои тоза кардани ашёҳо фақат 1 литр об лозим аст, ҳол он ки барои чӯшондан 4-5 литр талаб карда мешавад. Ҳамчунин ранги асбобҳо аз намакҳои калтсий ва металлҳои вазнини гоҳо дар оби чумакҳо (водопровод) мавҷудбуда тағйир намеёбад, зеро буғ фақат молекулаҳои оби тозаро дар бар мегирад. Ҳангоми коркарди буғӣ, азбаски онҳо дар дегҷаи (кастрюли) пӯшидаи буғӣ қарор доранд, дастпӯшакҳо камтар одуда (контаминатсия) мешаванд. Барои он ки тозакунии бо буғ самаранок бошад, зарфмонаки поёнӣ ё дегҷа (кастрюл) бояд миқдори кофии об барои он дошта бошанд, ки об дар давоми тамоми раванд чӯшад.

Расми 7-2. Дегҷаи буғи (мантупазак) ки барои безаргардони амик истифода бурда мешавад.



Безаргардони химиявӣ

Гарчанде дар бисёре аз мамлакатҳо миқдори зиёди дезинфектантҳои дастраси тиҷоратӣ мавҷуданд, барои безаргардони амиқ одатан онҳо истифода бурда мешавад – **хлор, глутаралдегид, орто-офтальалдегид (ОРА), диоксиди хлор, надуксусная кислота, формалдегид ва перекиси гидроген (водород)**. (Дар **Ҷадвали 8-3** нишондод оид ба тайёр намудан ва истифодаи ин дезинфектантҳо дода мешавад.) безаргардони амиқ бо ёрии ин химикатҳо метавонад ба шартӣ бодикқат шустани ашёҳо пеш аз ба маҳлули безараркунанда ғутгондан ба даст оварда шавад. Ҳангоми интиҳоби дезинфектантҳои амиқ хусусияти ашёҳои безараршаванда, сатҳи физикӣ (масалан, мавҷуд будани ҳучраҳои нағз шамолдиханда) ва маҳорати ин амалиётхоро иҷро кардани кормандонро ба назар гирифтани лозим аст.

Чадвали 7-4. Тайёр намудан ва истифодаи безаркунандагони химиявӣ										
МОДДАҲОИ ХИМИЯВӢ БАРОИ ТАЪМИЗГАРДОНИ ВА БЕЗАРАРГАРДОНИИ АМИҚ										
Дезинфектант (махлули маишӣ тамағи тиҷоратӣ)	Концентрация самарнок	Чӣ гуна маҳлул қардан лозим аст	Барангезандаи пӯст	Барангезандаи чашиҳӯ	Барангезандаи рестираторӣ	Коррозиявӣ	Таҳии боқӣ мегузорад	Вақт барои БА	Вақт барои таъмизгардон	Мӯҳтаи фаъоли нигоҳдорӣ
Хлор	0,1 %	Илоҷияи махлул-кунӣ гуногун аст ^b	Ҳа (ҳанго ми иртиб оти давом- нок)	Ҳа	Ҳа	Ҳа ^c	Ҳа	20 дақиқа	Исти- фода набаред	Ҳар як 14 рӯз иваз намоед; барвақттар ҳангоми хирашавӣ.
Формал ьдегид (35В 40%)	8%	1 қисм махлули 35- 40% дар 4 қисм оби ҷӯшомада	Ҳа	Ҳа	Ҳа	Не	Ҳа	20 дақиқа	24 часа	Ҳар як 14 рӯз иваз намоед; барвақттар ҳангоми хирашавӣ.
Глютар- алдегид (Cidex)	Гун огу н(2 – 4%)	Фаъолкунан даро илова кунед	Да	Ҳа (буғ)	Ҳа	Не	Ҳа	20 дақиқа ҳангом и 25°C ^d	10 соат барои Cidex	Ҳар як 14-28 рӯз иваз намоед; барвақттар ҳангоми хирашавӣ
Перекис и гидроген (30%)	6%	1 қисм махлули 30% дар 4 қисм оби	Да	Да	Не	Да	Не	20 дақиқа	Исти- фода набаред	Ҳар рӯз иваз намоед; барвақттар ҳангоми хирашавӣ.

		чӯшомада									
МОДДАҲОИ ХИМИЯВӢ БАРОИ БЕЗАРАРГАРДОНӢ (спирт ва йодофорҳо дезинфектантҳои амик ба ҳисоб намераванд)											
Спирт (этилий ё изопро- пилӣ)	60- 90%	Ба таври консен- тратси яшуда истифо- да бурда шавад	Ҳа (пӯстр о хушк мекун ад)	Ҳа	Не	Не	Не	Исти- фода набаред	Исти- фода набар ед	Агар зарф (шиша) пӯшида нигоҳ дошта шавад, то тамоми шуданиш (истифода баред).	
Йодофоры (10% повидон йодин) (ПВИ)	Такр и-бан 2,5%	1 қисм 10% ПВИ дар 3 қисм об	Не	Ҳа	Не	Ҳа	Ҳа	Исти- фода набаред	Исти- фода набар ед	Агар зарф (шиша) пӯшида нигоҳ дошта шавад, то тамоми шуданиш (истифода баред).	
<p>^a Ҳамаи дезинфектантҳои химиявӣ нисбати гармӣ ва рушноӣ ҳассос мебошанд ва бояд дуртар аз нурҳои бевоситаи офтоб ва дар ҷойи салқин (<40°C) нигоҳ дошта шаванд.</p> <p>^b Ниг. Таблицсаҳои 7-1 ва 7-2 барои дастурамали тайёр намудани маҳлули хлор .</p> <p>^c Фақат ҳангоми иртиботи дуру дароз (>20 минут) бо консентрасияҳои >0,5% , агар фавран бо оби чӯшомада чайқонда нашаванд, коррозиявӣ (зангзананда) мебошанд.</p> <p>^d Препаратҳои гуногуни тичоратии Cidex ва дигар глутаралдегидҳо ҳангоми ҳарорати нисбатан пасттар (20°C) самарнок мебошанд ва мӯҳлати нисбатани дарозтари нигоҳдорӣ доранд. Ҳамеша бо дастурамали истеҳсолкунанда муқоиса намоед.</p>											

Дар хотир доред: БА-и химиявии сӯзану шпритсҳо тавсия дода намешавад, чунки боқимондаҳои химикат, ки ҳатто ҳангоми такроран бо оби чӯшомада чайқондан боқӣ мемонанд, метавонанд бо доруи воридкунанда таъсири мутақобила дошта бошанд.

Зарфро барои безаргардонии амиқ чӣ гуна тайёр кардан лозим аст.

- Барои зарфҳои начандон калон обро дар зарфи пӯшида муддати 20 дақиқа чӯшонед. Оберо, ки барои дигар мақсадҳо истифода бурдан мумкин аст, резед, аз сари нав сарпӯшро пӯшед ва барои хушк шудан гузоред.

- Дар акси ҳол ва ҳамчунин барои зарфҳои калон зарфи пластикиро бо маҳлули 0,5%-и хлор пур кунед ва ба ин маҳлул ҳамчунин сарпӯшро гузоред. Муддати 20 дақиқа тар кунед (маҳлули хлорро сипас ба зарфи дигар рехтан ва аз сари нав истифода бурдан мумкин аст). Се маротиба сарпӯш ва сатҳҳои дарунаи зарфро бо оби чӯшомада чайқонед ва дар ҳавои кушод барои хушк шудан гузоред. инструкция

Нигоҳдории дезинфектантҳо

- Дезинфектантҳои химиявиро дар ҷойи салқин, торик ва шамолдихандашаванда нигоҳ доштан лозим аст.

- Химикатҳоро таҳти рушноии офтоб ё бо гармии аз ҳад зиёд (масалан, дар рафҳои болоии бинои бомпӯшаш тунукагӣ) нигоҳ надоред.

Истифодаи зарфҳои истифодашудаи химиявӣ

- **Зарфҳои шишагинро** бо воситаи шӯянда шустан, чайқондан, хушк кардан ва аз сари нав истифода бурдан мумкин аст. Ё нағзакак бо об чайқондан (лоақал ду бор) ва бо роҳи гӯркунӣ нест кардан.

- **Зарфҳои пластике**, ки барои маҳлулҳои захрдор ба мисли глутаралдегид ё формалдегид истифода мешаванд, бо об чайқондан (лоақал ду бор) ва бо роҳи сӯзондан ё гӯркунӣ нест кардан лозим аст.

Нест кардани химикатҳои истифодашуда

Эҳтиёткорона партовҳоро ба кубури дастшӯяки хоҷагӣ ё нишастгоҳи халочо резед ва шӯед ё обро сар дихед. Партовҳои меъро ҳамчунин дар ҳочатхона рехтан мумкин аст. Аз пошхӯрӣ дурӣ намоед. Барои пурра нест шудани партовҳо дастшӯяк ё нишастгоҳи халочоро бо об чайқонед

Маводи зиддитаафғуние, ки набойд ба сифати дезинфектантҳо истифода бурда шаванд. Онҳо бо эътимоднокии лозимӣ бактерия, вирусу спораҳои даруниро нест намекунанд.

- Ҳосилаҳои акридин (масалан, генсиан виолет), сетримид (масалан, Cetavlon®), хлоргексидин глюконат ва сетримид бо концентратсияҳои гуногун (масалан, Savlon),
- хлоргексидин глюконат (масалан, Hibiscrub®, Hibitane®)
- оҳаки хлордор ва кислотаи борат (масалан, Eusol®), хлороксиленол (масалан, Dettol®),

- гексахлорофен (масалан, рНisoHex[®]), таркибхое, ки симоб доранд.

Маҳлулҳои симоб (ба мисли лаурили симоб), гарчанде дезинфектанҳои дараҷаи паст мебошанд, **боиси нуқсонҳои модарзодӣ мегарданд** ва барои истифодабарӣ ҳам ба сифати дезинфектантҳо, ҳам ба сифати маводи зиддиуфунӣ хеле захрнок мебошанд.

Дигар маҳсулоте, ки аксаран барои безаргардонии таҷҳизот истифода бурда мешаванд, 1– феноли 2% (масалан, Phenol[®]), кислотаи карболовии 5% (Lysol[®]) ва хлориди бензалконий, аммонийи давраи чорумро (Zephiran[®]) дар бар мегиранд. Инҳо дезинфектантҳои сусти мебошанд ва бояд фақат барои безаргардонии сатҳҳо (масалан, фаршу деворҳо) . ба кор бурда шаванд.

7.5. Нигоҳдории ашёҳои таъмизшуда ё БА

Мӯҳлати нигоҳдории таъмизи аз омилҳои зерин вобастагӣ дорад :

- -сифати ҷилд ё зарф;
- -бахалтача то истифодабарӣ чанд маротиба даст расонида шудааст;
- -миқдори одамоне, ки бо халтача сару кор доштанд;
- -оё халтача дар рафҳои кушода ё пӯшида нигоҳ дошта мешавад;
- -шароитҳои минтақаи нигоҳдорӣ (масалан, намнокӣ ва тозагӣ);
- -истифода бурдани ҷилдҳои пластикии чангро муҳофизаткунанда ва усули мӯҳризанӣ.

Ашё то даме тамизшуда боқӣ мемонад, ки чизе боиси олудшавии халтача ё зарф нагардад. Вақти аз лаҳзаи тамизгардони гузашта омили ҳалкунанда намебошад. Чунин вазъият метавонад кафидани баста ё нам кашидани он ё чизи дигаре бошад, ки ба воридшавии микроорганизмҳо ба халтача ё зарф мусоидат мекунад. Ин метавонад ҳар вақт ба амал ояд.

- Асбобро мувофиқи усули тозакунии он истифода баред ва нигоҳ дошта, лоақал ҳамон дараҷаи тозагири нигоҳ доред.

- Ҳамаи ашёҳо бояд дар чунин ҷой ва тавре нигоҳ дошта шаванд, ки ҳамаи баставу зарфҳо аз гарду чанг, нам, ҳайвоноту ҳашарот муҳофизат шуда бошанд. Бехтараш минтақаи алоҳидаи пӯшида бо дастрасии маҳдуд барои нигоҳдории захираҳои бесироят ва тозаии нигоҳубини ниёзмандон ташкил карда шавад ва ин минтақа дар паҳлуи ҷойи бесироятгардонӣ қарор дода шавад.

- Минтақаи нигоҳдориро тоза, хушк, бе гарду чанг ва нахҳо нигоҳ доред.

- Ҳарорату намнокиро назорат намоед (ҳарорати тахминӣ 24°C ва намнокии нисбӣ <70%),

- Баставу зарфҳои дорои ашёҳои тамизшуда (ё амиқ безараркардашуда) бояд дар масофаи 20–25 см аз фарш, 45–50 см аз шифт ва 15–20 см аз девори беруна нигоҳ дошта шаванд.

- Қуттиҳои картониро барои нигоҳдори истифода набаред. Аз қуттиҳои картонӣ гарду чанг ва хокрӯбаҳо рехта метавонанд, дар он метавонанд ҳашаротҳо ҷойгир шаванд.

- Санаро қайд намоед ва захираҳоро бо навбат истифода баред (онҳое, ки барвақттар ворид гардидаанд, дар навбати аввал истифода бурда мешаванд). Ин раванд ёддошт мебошад, вале тамиз будани бастаҳоро кафолат намедиҳад.

- Ашёҳои тамизшуда ва амиқ дезинфексиякардашударо аз ин минтақа тақсим намоед.

- Пеш аз истифода бурдани ҳар гуна ашёи таъмизшуда халтачаро аз назар гузаронед, то ин ки боварӣ ҳосил намоед, ки баста вайрон нашудааст, халтача мӯҳр зада шудааст ва тозаву хушк мебошад (ва доғҳои намнок надорад).

- Дар баъзе аз муассисаҳои тиббӣ, ки захираҳо маҳдуд ҳастанд ва матои барои печондан истифодашаванда, сифати паст, вақт ба сифати омили маҳдудкунанда метавонанд барои муайян намудани ҳадҳои бехатар хизмат намоянд. Агар чилдҳои (халтачаҳои) пластикӣ барои нигоҳдории ашёҳои таъмизшуда мавҷуд набошад, маҳдуд намудани мӯҳлати нигоҳдори бо давраи муайяни вақт (масалан, 1 моҳ) метавонад қарори қобили қабул бошад, ба шарте ки халтачаҳо хушк ва зарарнадида боқӣ монанд.

8. ТАШКИЛ НАМУДАНИ РАФТУ ОМАДИ ОДАМОН ВА МИНТАҚАҲОИ ФАЪОЛИЯТ

Вазифаи муҳими пешгирии сироятҳо ниҳоят кам намудани дараҷаи ифлосшавии микробӣ дар минтақаҳои мебошад, ки ниёзмандон нигоҳубин ва асбобҳо тоза карда мешаванд. Чунин минтақаҳо инҳо мебошанд:

- Хучраҳои амалиётҳо, ки ба ниёзмандон муоина ва амалиётҳо гузаронида мешаванд (масалан, катетеризацияи рағҳо, коркарди захм, гирифтани хун, эмкуни, ворид намудан ва гирифтани ВДР, таваллуди физиологӣ ва дигарҳо).
- Шӯъбаҳои ҷарроҳие, ки ҷарроҳҳои калону хурд гузаронида мешаванд. Хучраҳои ҷарроҳӣ утоқҳои пеш аз ҷарроҳӣ ва баъди ҷарроҳӣ, инчунин якҷанд утоқҳои дигар, аз ҷумла шӯъбаи эҳғариро дар бар мегиранд.
- Минтақаҳои корӣ, ки дар он ҷо асбобҳо тоза карда мешаванд. Ба ин ҷо минтақаҳои ифлос ва тоза дохил мешаванд, ки асбоб, таҷҳизоту дигар ашёҳои ифлосшуда аввал тоза карда мешаванд (шуста мешаванд), сипас ё амиқ дезинфексия карда мешаванд ё таъмизгардонида мешаванд ва нигоҳ дошта мешаванд.

- Хар як минтақа аломатҳои нишондиҳанда гузоред, то ин ки назорати лозимии объектҳои муҳити атроф ва сару либоси матлубаниқ ифода карда шаванд.

Дар ин минтақаҳо идора намудани фаъолият ва рафту омади одамон муҳим аст, то ин ки минтақаҳои олудашуда аз минтақаҳои, ки амалиётҳо иҷро карда мешаванд, ҷудо карда шаванд.

8.1. Ҳуҷраҳои амалиёти (аз ҷумла толорҳои зоиш)

- Маҳдуд намудани рафту омади доимии одамон зарур аст ва фақат барои кормандони тиббии намоёнда, ниёзмандон ва хешовандони онҳо иҷозати вуруд додан лозим аст.
- Даромадгоҳи утоқи амалиёт фақат барои ниёзмандон ва кормандони тиббии амалиётхоро гузаронанда ва ёварони онҳо мумкин аст. Миқдори аъзоёни оилаеро, ки дар вақти гузаронидани амалиётҳо иштирок менамоянд, маҳдуд кардан лозим аст.
- Ба ниёзмандони пӯшидани либоси тозаи худ иҷозат дода мешавад.
- Аёдати ниёзмандони терапевтӣ ва ҷарроҳӣ, ҳомиладорон, зояндагон, кӯдакони навзод, иҷозат дода мешавад.
- Ҳангоми мавҷуд будани шароит (толорҳои фардии зоиш) иштирок намудани шарик (хамроҳ) ҳангоми зоиш иҷозат дода мешавад.

8.2. Шӯъбаи ҷарроҳӣ

Минтақаи дастрасии номаҳдуд

- Ин минтақа, ки аз минтақаҳои дигари шӯъбаи ҷарроҳӣ ҷудо карда шудааст, аз даромадгоҳи долони асосӣ иборат мебошад. Ба воситаи ин минтақа кормандони тиббӣ, ниёзмандон ва мавод ба шӯъбаи ҷарроҳӣ ворид мегардад.
- Дар ин минтақа ташрифи миқдори маҳдуди хешовандон (шарикон) бо либосҳои мувофиқ ҳангоме ки дастамалу амалиётҳо гузаронида намешаванд, иҷозат дода мешавад.

Минтақаи гузариш (транзитӣ)

- Ин минтақа асосан аз ҷойи либоскашӣ ва ҷевончаҳо иборат аст. Дар ин ҷо кормандони тиббӣ сару либоси ҷарроҳӣ мепӯшанд, ки метавонанд аз минтақаи номаҳдуди шӯъбаи ҷарроҳӣ ба минтақаи ниммаҳдуд ё маҳдуд гузаранд. Ба ин қисмат даромадани фақат кормандони тиббии салоҳиятдор иҷозат дода мешавад.

Минтақаи ниммаҳдуд

- Ин қисмати дастгирии канории шӯъбаи ҷарроҳӣ мебошад, ки утокҳои пешазҷарроҳӣ ва баъдиҷарроҳӣ, ҷойи нигоҳдории ашёҳои тамизшуда ва амиқ безараркардашуда, инчунин долонҳоеро дар бар мегирад, ки ба қисмати маҳдуд мебаранд.

- Доимо даромадани кормандони тиббии салоҳиятдор ва ниёзмандон маҳдуд карда шавад.
- Кормандоне, ки дар ин минтақа кор мекунанд, бояд либоси махсуси ҷарроҳӣ ва калапӯш дошта бошанд.
- Кормандон барои муҳофизати пойҳо, аз моеъҳо ва афтидани ашӯҳо бояд пойафзоли тоза, маҳкам дошта бошанд.
- Пӯшидани кафшҳои хонагӣ ё шиппакҳо қобили қабул нест, зеро онҳо аз ашӯҳои тези афтанда муҳофизат карда наметавонанд.

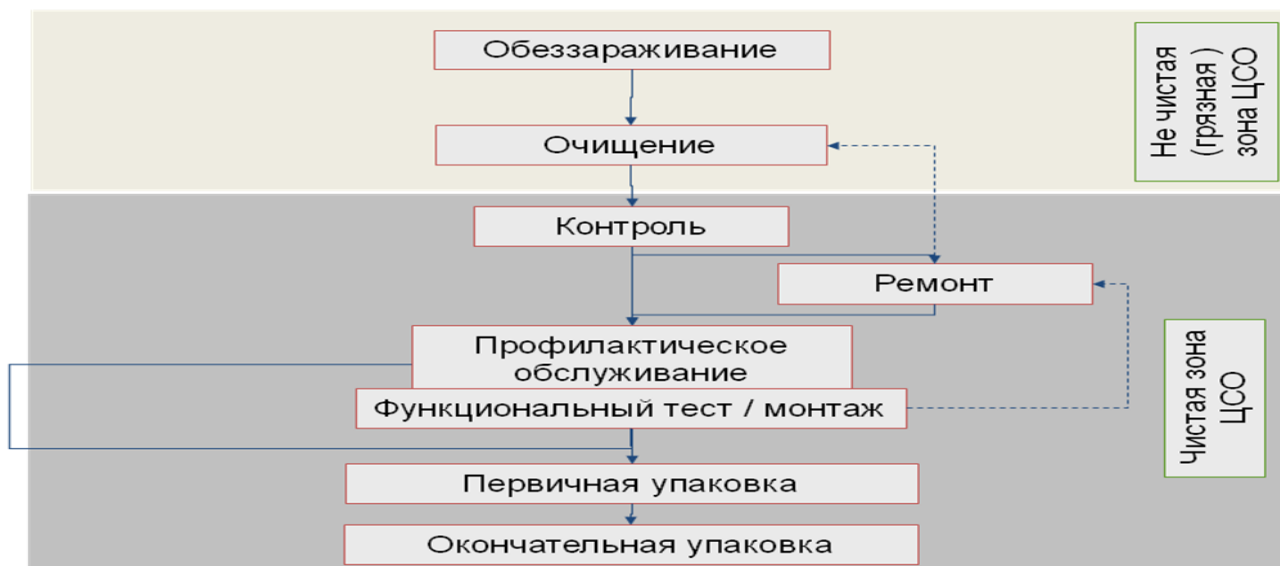
Минтақаи даромадани маҳдуд

- Ин қисмат аз ҷарроҳихона (ҳо) ва минтақаи коркарди ҷарроҳии дастҳо иборат аст.
 - маҳдуд намудани дастрасии доимӣ барои кормандони тиббии салоҳиятнок ва ниёзмандон.
 - Дарҳо ҳамеша бояд пӯшида бошанд, ба ғайр аз лаҳзаҳои, ки ҳаракати кормандони тиббӣ, ниёзмандон, таҷҳизоту асбобу анҷом ба амал меояд.
 - Корманди тиббӣ, ки аз амалиёт шустушӯӣ ҷарроҳӣ гузаштааст, бояд маҷмӯи пурраи либосҳои ҷарроҳиро пӯшида, сар ва қисмати мӯйдори рӯйро бо калапӯши ҷарроҳӣ ва ниқоб пӯшонад.
 - Ҳеҷ гоҳ асбобу дигар ашӯҳоро дар толори ҷарроҳӣ нигоҳ надоред.
 - Ниёзмандоне, ки ба шӯъбаи ҷарроҳӣ мебароянд, бояд хилъати тоза пӯшанд ё бо чойпушҳои тоза пӯшонда шуда бошанд, мӯйҳо бояд маҳкам бошанд.
 - Ба ниёзмандон ҳангоми интиқолдиҳи пӯшидани ниқоб зарурият надорад (фақат агар андешидани ҷараҳҳои эҳтиёткорӣ зидди бемориҳои бо роҳи ҳавоӣ интиқолёбанда талаб карда нашавад).

8.3. Минтақаи корӣ

- Вобаста ба андоза ва навъи муассисаи тиббӣ минтақаи корӣ тоза намудани асбобҳо (масалан, Шӯъбаи бесироятгардонии мутамарказ ё ШБМ) метавонад ё қисме аз шӯъбаи ҷарроҳӣ бошад, ё дар ҳуҷраи бо шӯъбаи ҷарроҳӣ алоқаманд қарор дошта бошад, ё дар ҳуҷраи алоҳида, дуртар аз шӯъбаи ҷарроҳӣ чойгир шуда бошад.

Схемаи кори шӯъбаи муттамаркази таъмизгардони



- Ин минтақае мебошад, ки асбобҳо, дастпӯшакҳои ҷарроҳӣ ва таҷҳизот тоза карда мешавад, дар он ҷо кормандони махсуси оид ба сару кор доштан, тозакунии ва нигоҳдории асбобҳо, таҷҳизот ва дигар ашёҳои безаргардондашуда, тамизшуда ё амиқ безаргаркардашуда таълимгирифта кор мекунанд. ШБМ қисмати ниммахдуд ҳисоб мешавад, аз ин сабаб дар ин ҷо ҳамаи тавсияҳо бояд аз рӯи нақшаи маҷроӣ ҳаракат ва шакли мувофиқи либос, ки дар боло баён шуда буд, риоя карда шаванд.
- Маъмурият бояд нақшаи ҳаракатеро таҳия намояд, ки иртиботи ашёҳои олудашударо бо ашёҳои тозаи дезинфексиякардашуда ё тамизшуда истисно намояд.
 - Корманди минтақаи қабул/ шустушӯӣ бояд пешдомани пластикӣ, дастпӯшакҳои хоҷагӣ, айнакҳои муҳофизатӣ ё сипарчаи рӯй дошта бошад, то ин ки худро аз пошхӯриҳо ва катраҳо муҳофизат намояд.
 - Корманде, ки ба минтақаи тозаи корӣ мебарояд, бояд хилъати тозаи тиббӣ пӯшида бошад.
 - Агар асбобу анҷом барои толори ҷарроҳи пешбинӣ шуда бошанд, пас ҳангоми овардан як нафар бояд берун аз минтақа тавассути дар онҳоро ба нафари дар дохили толори ҷарроҳи қарор дошта диҳанд.

9. ТАШКИЛ НАМУДАНИ ҶАМЪОВАРӢ ВА НЕСТ КАРДАНИ ПАРТОВҲО

9.1. Муносибат бо партовҳои дохили муассисаҳои тандурустӣ

Риоя намудани қоидаҳои муносибат бо партовҳо дар шароити муассисаҳои тандурустӣ, ҳатто қабл аз он ки онҳоро барои сӯзондан, гӯр кардан ё бо усули дигар (автоклавакунони) нест кардан ҷамъ меоваранд, зарур аст, то ин ки ниёзмандон, кормандони тиббӣ ва аҳоли муҳофизат

карда шаванд. Партовҳои беморхона ва муассисаҳои тиббӣ ба олудашуда (эҳтимол сироятнок) ва олуданашуда чудо мешаванд.

Тақрибан 85% ҳамаи партовҳои муассисаҳои тандурустӣ ин партовҳои олуданашуда мебошанд ва хатари захролудшавии кормандони бо онҳо сарукор доштаро, ифода намеkunанд. Намунаи партовҳои олуданашуда қоғаз, хокрӯба, шишаҳо, куттиҳо, контенейрҳои пластмасӣ ва таом буда метавонанд. Онҳоро бо усулҳои муқаррарӣ нест кардан мумкин аст. Агар берун аз ҳудуди **муассисаҳо** нест карда шаванд, партовҳои олуданашуда бояд мунтазам (хар 1-2 рӯз) аз тарафи хадамоти маҳаллии коммуналӣ чамбоварӣ карда шуда, ба партовгоҳи маҳаллӣ ё ҷойи партофтани партовҳо бурда шаванд.

Партовҳои олудашуда эҳтимолан сироятнок ё захролуд мебошанд ва агар ба таври лозимӣ бартараф карда нашаванд, барои кормандону аҳоли хатар эҷод менамоянд. Партовҳои олуданашуда хун, рим, пешоб, ихроҷҳо ва дигар моеъҳои биологии организмро, ба мисли маводи бандинабандӣ дар бар мегиранд. Партовҳои аз шӯъбаи ҷарроҳӣ (бофтаҳои биологӣ, ё фатилаҳои хунини докагӣ ё латтагӣ) ва лаборатория (намунаҳои хун, фазла, балғам, пешоб ва киштҳои микробиологӣ) воридшавандаро олудашуда ҳисобидан мумкин аст. Партовҳои олуданашуда бояд сӯзонда ё дар ҷойҳои махсус барои ин чудошуда гӯр карда шаванд.

Дар шароити беморхона ашёҳои зерин аз сабаби зарари эҳтимолие, ки барои муҳити атроф расонида метавонанд, хатарнок мебошанд:

- партовҳои химиявӣ ва фармасевтӣ (масалан, банка, шиша, флакон ё куттиҳое, ки доруву вакцинаҳои мӯҳлаташон гузашта доранд, реактивҳои лабораторӣ ва дезинфектантҳо, ба мисли формалдегид ва глютаралдегид ва маҳлулқунандаҳои органикӣ ба мисли атсетон ва хлороформ);
- партовҳои ситотоксикӣ (масалан, доруҳое, ки одатан дар табобати химиявии саратон истифода бурда мешаванд);
- партовҳои дорои миқдори зиёди металлҳои вазнин (масалан, симоб аз ҳароратсанчи шикастагӣ, дастгоҳ барои чен кардани фишори шараёнӣ ё маводҳои стоматологӣ ва кадмий аз батареяҳои партофташуда); ва
- зарфи аэрозолии барои утилизатсияи дуюмбора корношоям ё партофташуда (баллончаҳои аэрозоли), ки ҳангоми сӯзондан хатарнок мебошанд, зеро таркида метавонанд.

Партовҳоро дар ҷойи пайдоишашон ба олудашуда ва олуданашуда чудо намоед, то ин ки миқдори партовҳои олуданашуда кам карда шавад.

Дар хотир доред: ҳеҷ гоҳ барои чудо намудани партовҳои олуданашуда аз олуданашуда ё даргиранда ва дарнагиранда баъди омехта карда шуданашон кӯшиш накунед.

Партовҳои сахти олудашуда

- Партовҳои олудашударо аз олуданашуда алохида бартраф намоед, зеро фақат гурӯҳи аввал муносибати махсусро талаб мекунад.

- **Партовҳои олудашуда бояд ҳангоми ё фавран баъди амалиёт партофта шаванд .**

- Контейнерҳои пластмасӣ ё металли начакандаи дорои сарпӯшҳои нағз маҳкамшавандаро истифода баред.

- Бояд миқдории кофии контейнерҳои чамбоварии партовҳоро дар ихтиёр дошта бошед ва онҳо бояд ба тавре қулай ҷойгир карда шаванд, ки зарурияти аз як ҷой ба ҷойи дигар бурдани партовҳои олудашударо кам намоянд.

- Ҳамаи онҳое, ки ба контейнерҳои чамбоварии партовҳо даст мерасонанд, бояд дастпӯшакҳои ғафси резинӣ (хоҷагӣ) ва аз рӯи вазият дигар воситаҳои фардии муҳофизатро пӯшанд

Партовҳои моеъи олудашуда

- Ҳангоми сару кор доштан ва интиқолдиҳии партовҳои моеъ воситаҳои фардии муҳофизат (дастпӯшакҳои хоҷагӣ, айнакҳои муҳофизатӣ ва пешдоманҳои пластикӣ) пӯшед, то ин ки худро аз чакраҳо (пошхӯриҳо) муҳофизат намоед

- Партовҳоро эҳтиёткорона ба дастшӯяки хоҷагӣ ва нишастгоҳи халочо, ки чалакҷаи обрезӣ дорад, резед барои нест кардани боқимондаи партовҳо дар дастшӯяк ё нишастгоҳи халочо бодикат шӯед. Ба пошхӯрии моеъ роҳ надихед

- Агар системаи хатҳои коррезӣ набошад, моеъро ба ҷоҳи чуқури пӯшида, на дар ҷӯйҳои кушода резед

- Зарфи чамбоварии моеъҳои биологӣ барои таҳлилҳоро беолоиш гардонда, онҳоро пеш аз шустан ба маҳлули 0,5%-и хлор муддати 10 дақиқа гуттонеб.

- Дастпӯшакҳои хоҷагиро кашед (онҳоро ҳар рӯз ё ҳангоме ки ба таври намоён ифлос шудаанд, шӯед ва хушк кунед).

- Дастҳоро шӯед ва хушк кунед ё бо воситаи зиддиуфунӣ тоза кунед, чи хеле ки дар боло баён шудааст.

- Партовҳои моеъро ҳамчунин дар ҳочатхонаҳои хавлигӣ рехтан мумкин аст.

Маслиҳатҳо оид ба партофтани ашёҳои тез (ҳамчунин нигаред фасли муносибати бехатар бо шприцу сӯзанҳо)

Мақсади асосии партофтани ашёҳои тез – пешгирӣ намудани захмдоршавии эҳтимолӣ ва захролудшавӣ аз сабаби иртибот доштан бо ашёи тези олудашуда мебошад.

- То оғози ҳар гуна амалиётҳое, ки ашёҳои тез истифода мешаванд, роҳҳои бехатари партофтани онҳоро мауҷиб кунед.

- Ҷунин методикаҳои кориеро таҳия намоед, ки дастамалҳои нолозим бо ашёҳои тезро кам менамоянд.

- Ашёҳои тезро ба контейнерҳои начаканда бо **ҚИСМИ ТЕЗАШОН БА ПЕШ** партоед.

- Боварӣ ҳосил намоед, ки ПЕШ аз оғози амалиёт контейнерҳои партофтани ашёҳои тез дар чояшон гузошта шудаанд.
- Дар хучрахое, ки хузур доштани аёдаткунандагон имкон дорад, контейнерҳо бояд барои кӯдакон дастнорас бошанд.
- Сарпӯшакро такроран ба сӯзан напӯшонед ва сӯзану шпритсхоро ба қисмҳо ҷудо накунад.
- Ҳангоми то се чоряк пур шудан контейнери дорой ашёҳои тезро мӯҳр занед ва нест кунед.
- Контейнери дорой ашёҳои тезро хангоми интиқолдиҳӣ ё мӯҳрзанӣ ба бадан ҷафс накунад.
- Барои кушодани контейнери дорой ашёҳои тези мӯҳрзадашуда кӯшиш накунад.

9.2. Сӯзондан, гӯркуни ва автоклавкунонии партовҳо

Дуруст нест кардани партовҳои олудашуда интиқоли сироятро ба кормандони тиббӣ ва аҳоли кам менамояд. Партовҳои олудашуда дар ҷойҳои махсуси ҷудошуда бояд сӯзонда (беҳтараш) ва/ё гӯр карда шаванд. Ҳам ахлотсӯзонак ва ҳам ҷойи гӯркунӣ бояд бо девори дарвозадор ҷудо карда шаванд, ки бо қулф маҳкам карда мешавад, то ин ки ба минтақа ҳайвоноти кӯдакон дохил нашаванд.

Ба рехтани партовҳо бо тӯдаи кушода роҳ додан лозим нест, чунки онҳо:

- Хатари сироят ва сӯхторро доранд.
- Бӯи бад паҳн мекунанд.
- Ҳашаротхоро ҷалб мекунанд.

Маслиҳат оид ба нест кардани партовҳо

- Ҳамеша хангоми бо партовҳо сару кор доштан дастпӯшакҳои ғафс (хоҷагӣ) ва воситаҳои мувофиқи муҳофизати фардиро истифода баред.
- Ҳамеша баъди иртибот бо партовҳо дастҳоятонро шӯед.
- Бо партовҳо эҳтиёткорона муносибат намоед, то ин ки рехтан ва пошхӯрии онҳоро пешгирӣ намоед.
- Ашёҳои олудашударо аз як контейнер ба дигараш нарезед.
- Сӯзондан усули беҳтари нест кардани партовҳо мебошад, зеро ҳарорати баланд микроорганизмҳоро нест мекунад ва такроран истифодабарии ашёҳои партофташударо пешгирӣ менамояд.
- Агар сӯзондан на дар ҳарорати баланд ва на паст мумкин набошад, пас гӯркунӣ бо тамоми чораҳои эҳтиёткорӣ алтернативаи қобили қабул мебошад.

Чӣ гуна зарфи истифосшудаи химиявиро баргараф кардан мумкин аст

- Зарфҳои шишагиро бодикқат бо об шӯед. Зарфҳои шишагиро бо собун шустан, чайқондан ва такроран истифода бурдан мумкин аст.

- Зарфҳои пластикиро, ки дар онҳо моддаҳои захрнок, ба мисли глутаралдегид (масалан, Cidex®) ё формалдегид будааст, се бор бо об шӯед ва бо роҳи сӯзондан, бегилофакгардонӣ ё гӯркунӣ нест кунед. Ин зарфҳоро барои мақсадҳои дигар истифода набаред

- Таҷҳизоте, ки барои нигоҳдорӣ ва интиқолдиҳии партовҳо истифода мешавад, набояд барои ягон мақсадҳои дигар дар муассисаи тиббии мазкур истифода бурда шавад ва контейнерҳои партовҳои олудашуда бояд дақиқ нишонагузорӣ карда шаванд.

- Контейнерҳои партовҳои олудашударо ҳар дафъа баъди холикунии, контейнерҳои партовҳои муқаррарӣ бошад – ҳангоми ифлосшавиҳои ба назар намоён шӯед.

- Ҳамаи контейнерҳои партовҳоро бо маҳлули безараркунандаи шӯянда (маҳлули 0,5%-и хлор ва собун) ва мунтазам бо об шӯед.

Сӯзондан

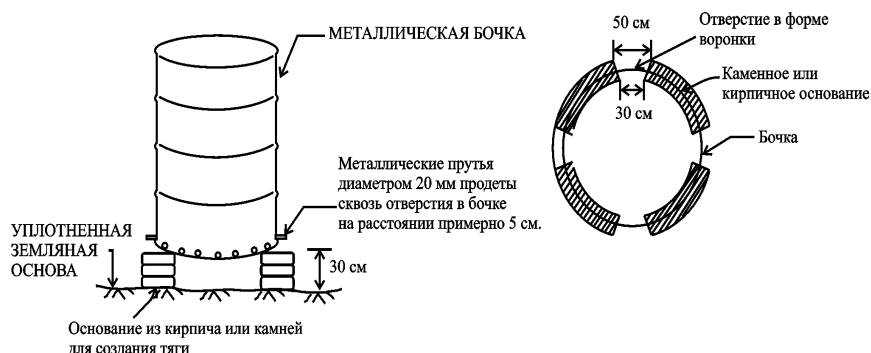
- Сӯзондан (микроорганизмҳоро бо ҳарорати баланд вайрон месозад) усули беҳтарин барои нест кардани партовҳои олудашуда мебошад. Сӯзондан ҳамчунин ҳаҷми умумии партовҳои барои гӯркунӣ пешбинишударо кам менамояд.

- Ахлотсӯзонакҳои муқаррарӣ аз маводҳои маҳаллӣ - хишт, блокҳои сементӣ, бочкаҳои истифодашудаи равған ё бензин ва ғайра сохта шуда метавонанд.

Сӯзондани кушода тавсия дода намешавад, чунки ин хатарнок, номуносиб аст ва шамол метавонад патовҳоро ба ҳар тараф паҳну парешон кунад. Агар сӯзондани кушода зарур бошад, дар ҷойи на он қадар калон, махсус ҷудокардашуда сӯзонед, партовҳоро ба ин ҷо бевосита пеш аз сӯзондан оред ва то хомӯш шудани оташ сабр кунед.

Барои муассисаҳои тиббии дорои захираҳои маҳдуд, ки ахлотсӯзонакҳои баландҳарорат дастрас нестанд, ахлотро дар оташдонҳои бочкагии ахлотсӯзонӣ сӯзондан мумкин аст. Ахлотсӯзонаки бочкагӣ шакли содатарини ахлотсӯзонаки яккамерагӣ мебошад. Онро бе хароҷотҳои махсус соختан мумкин аст ва ин сӯзондани беҳтарин дар ҳавои кушод мебошад.

Расми 9-1. Нақшаи партовсӯзонаки оддӣ, ки аз бочкаи металлӣ сохта шудааст



Гӯркунии партовҳо

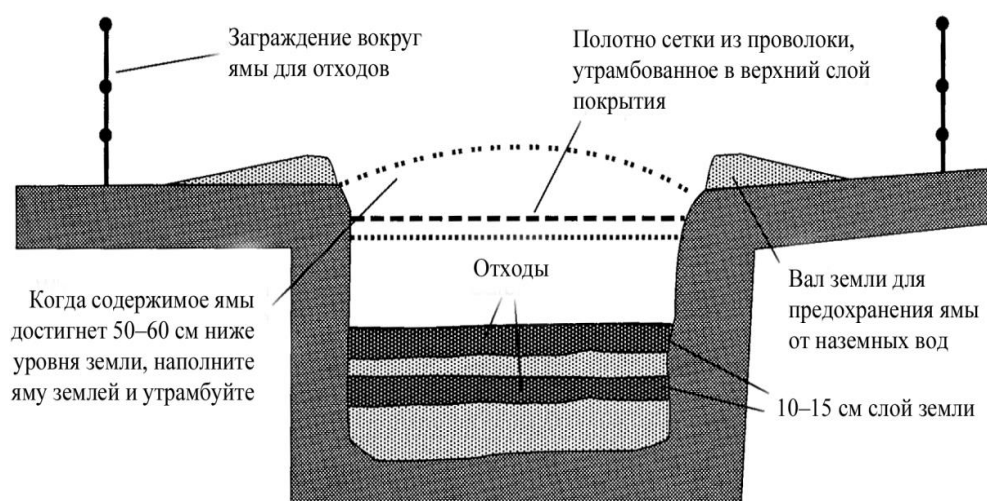
Барои муассисаҳои тиббии дорои захираҳои маҳдуд гӯркунии бехатари партовҳо дар ҳудуди ё наздикии муассисаи тиббӣ усули ягонаи дастраси нест кардани партовҳо мебошад. Барои кам намудани хатари бо саломатӣ ва ифлосшавии муҳити атроф алоқаманд қоидаҳои асосии зеринро риоя намудан зарур аст:

- Дастрасӣ ба ин минтақа бояд маҳдуд бошад (дар атрофи ҷойи гӯркунии монета созед, то ин ки ҳайвонту кӯдакон ба минтақа надароянд).
- Аз рӯи имконият, ҷойи гӯркунии бояд маводи дорои нифозати паст (масалан, гил) дошта бошад.
- Барои пешгирӣ намудани захролудшавии обҳои заминӣ ҷойро лоақал 50 м аз сарчашмаи об дуртар интихоб намоед.
- Ҷойи гӯркунии бояд системаи лозимии дренажӣ дошта бошад, поёнтари ҳар гуна чоҳҳо ҷойгир шуда бошад, обҳои истода надошта бошад ва дар минтақаи обхезӣ набошад.
- Партовҳои олудашударо ҳар рӯз бо 10–15 см хок пӯшонед. Қабати охиринок бояд 50–60 см ва барои пешгирии паҳншавии бӯй ва ҷалб намудани ҳашарот, инчунин барои он ки ҳайвонҳо партовҳои гӯркардашударо кофта набароранд, нағз шибба карда шуда бошад.

Гӯркунии бехатар дар ҳудуди муассисаи тиббӣ фақат дар давраи кӯтоҳи вақт (1-2 сол) ва барои миқдори нисбатан начандон зиёди партовҳо мусоид мебошад.

Эзоҳ: Фақат партовҳои олудашуда ва хатарнок гӯркуниро талаб мекунамд.

Расми 9-2. Нақшаи гӯркунии партовҳо дар чуқурии начандон калон



БЕЗАРАРГАРДОНИИ ПАРТОВХОИ ХАТАРНОКИ ТИББИ БО УСУЛИ АВТОКЛАВКУНОНИ

Хангоми интихоби усули безараргардони партовхои хатарноки тибби мебояд ба равандҳои беҳатари барои аҳоли, корманди тиб ва мухити атроф; безараргардони ва нобудсозии комил, дастраси, муфидноки, пешгирии такроран истифодашавии партовхои хатарноки тибби такъя намуд. Дар айни замон микдори зиёди технологияи алтернативии безараргардони пешниҳод гаштааст: автоклавкунони, микроволнаги ва ғ.

Сохтори автоклавкунони партовхои тибби, яъне усули безараргардони термали, ки ибто истифодаи буги сер (дар харорати 134°C ва фмшори 2,2 МР дар муддати 10 дақиқа.) дар сохтори бугҳои сер дар натиҷаи харорати баланд микроорганизмҳо ба зудӣ нобуд мешаванд

(денатурацияи сафедаҳо ба амал меояд). Аз тарафи дигар, раванди вайроншавии фаъолияти қори микроорганизмҳо зерини маҷмуан таъсири харорати баланд, намноки ва фишори баланд ба амал меояд.

Мавзеи безараргардони партовхои тиббии аз шӯъбаҳои клиникаи воридшаванда бояд ба талаботҳои асосии техникаи ва логистикаи ҷавобгу бошад: ба монанди ҷойи қабул ва нигохдори партовхои тибби, таъмини лавозимот барои шӯстан ва нигохдори контейнерҳо.

Мавзеи безараргардони партовхои тибби аз мавзӯҳои беҳдошти, бухрони (ба монанди, нигохдори дорувори, омодаسازی хурук ва ғ.) аз дигар шӯъбаҳои клиникаи, ки шароитҳои ҷидди беҳдоштиро талаб менамоянд (ҷарроҳи, эҳғари ва ғ.) бояд дуртар воқеъ бошад.

Барои безараргардони партовхои тибби минтақаҳои зерин дар назар дошта мешаванд:

- Минтақаи қабул ва кайдгирии партовҳо
- Баркашидани партовҳо
- Тамизгардони партовҳо ва ё худ автоклавкунони
- Гирифтани партовхои безараргардонидашуда
- Шӯстани контейнерҳои интиқоли
- Нигохдори контейнерҳои тоза
- Хучра барои кормандон
- Хучра барои нигохдори захираи об

Дар минтақаҳои автоклавкунони фаршҳо, деворҳо аз маводҳои ҳамвор (кафель ва ғ.) бо кубурҳои обкаш барои партовҳо, ва оби равони тоза барои шӯштуи контейнерҳо ва алоҳида барои шӯстани дастон.

- Токҳо барои контейнерҳо, барои нигохдори дезинфектантҳо ва маводҳои шӯштуи
- Барои ҳолатҳои садамави бояд бо дорукутти таъмин бошад
- Шамолдиҳии фаъол дошта бошад
- Дари автоклавмувофики материали хатарноки биологӣ рамзгузори қарда шавад.

10. ҲАЪОЛИЯТИ ҲОҶАГӢ

Ҳизматрасонии ҲоҷагӢ бо рӯбучини умумии муассисаҳои тандурустӣ, аз ҷумла фарш, деворҳо, навъҳои муайяни таҷҳизот, мизҳо, инчунин дигар сатҳҳо алоқаманд аст.

Мақсади хизматрасонии умумии ҲоҷагӢ ин мебошад:

- -кам намудани миқдори микроорганизмҳо, ки бо онҳо ниёзмандон, ташрифовардагон, кормандони тиббӣ ва аҳли ҷамъият иртибот дошта метавонанд;
- -таъмин намудани фазои тоза ва дилхоҳ барои ниёзмандону кормандони тиббӣ.

Усулҳои рӯбучин бояд бо навъи сатҳҳо, миқдор ва намуди ифлосии мавҷудаи органикӣ ва таъиноти ҳуҷраи мазкур муайян карда шаванд. Аксарияти ҳуҷраҳои муассисаҳои тандурустӣ, ба мисли ҷойҳои интизорӣ ва утокҳои маъмурӣ минтақаҳои хатари паст мебошанд, рӯбучини онҳоро фақат бо ёрии маҳлули собуну об гузаронидан мумкин аст. Дар як шабонарӯз рӯбучин бо мурури ифлосшавӣ гузаронида шавад. Дар минтақаҳои хатари баланд, ба мисли ҳочатхонаҳо, ки ифлосшавии зиёд дар назар аст, инчунин барои рӯбучини хун ё дигар моеъҳои биологии организм ба воситаи шӯянда дезинфектант, ба мисли маҳлули 0,5%-и хлор ё маҳлули 1%-и фенол илова намудан зарур аст. Илова намудани дезинфектант ба маҳлули собуну об ҳангоми рӯбучини ҷунин минтақаҳои хатари баланд, ба мисли толори ҷарроҳи, утокҳои пешазҷарроҳӣ ва баъдиҷарроҳӣ, шӯъбаи эҳғарӣ, шӯъбаҳои бемориҳои сироятӣ ҳамчунин тавсия дода мешавад.

Принсипҳои умумии рӯбучин:

- **Тозакунӣ (тозакунӣ бо соиш)** – ин усули беҳтарини тозакунии физикӣ аз ифлосӣ, ахлоту микроорганизмҳо мебошад .
- **Пеш** аз гузаронидани безаргардонӣ, **шустан** зарур аст, зеро ифлосӣ, ахлоту дигар маводҳо метавонанд самаранокии бисёре аз дезинфектантҳои химиявиро кам намоянд.
- Маҳлулҳои шӯянда бояд вобаста ба мақсади истифодабарӣ, қувваи таъсир, беҳатарӣ ва нарх интиҳоб карда шаванд.
- Рӯбучин ҳамеша бояд аз қисмати камтар ифлосшуда ба қисмати бештар ифлосшуда, инчунин аз боло ба поён гузаронида шавад, ба ҳамин тариқ, қисматҳои нисбатан ифлосшуда ва ахлоти ба фарш афтида дар навбати охир рӯбучин карда мешаванд.
- Барои он ки ба ҳаво ва сатҳҳои тоза воридшавии ҷанг, ахлот ва микроорганизмҳо пешгирӣ карда шавад, аз руфтани тоза кардани фаршу ҷангҳо ба таври хушк худдорӣ кардан лозим аст .

- Ҳангоми истифодаи дезинфектантҳо **риоя намудани дастурамали тайёркунии маҳлулҳо зарур аст**. Микдори аз ҳад зиёд ё ками об метавонад самаранокии дезинфектанҳо ро паст намояд.

- Усулҳои рӯбучин ва речаи рӯбучин дар шакли хаттӣ бояд бо **намуди сатҳ, ҳаҷму навъи ифлосии мавҷуда ва табиноти қисмат** асоснок карда шаванд.

Эзоҳ: Безарагардони бо дезинфектантҳо, масалан, фумигатсия бо маҳлулҳои ҳалшудаи формалдегидро (формалин) барои кам намудани олулшавии микробии чунин сатҳҳои ҳучраҳо, ба мисли девор, фаршу сакфҳо **истифода набаред** (CDC, 1988). Ин самаранок нест ва вақтро талаб мекунад (24 соат лозим аст), бӯғҳо захрноканд (луоби бинию чашмҳо барангезиш медиҳанд). Пок кардан бо истифодаи воситаи безараркунанда ва тозакунии усули нисбатан беҳатар, тез ва самараноки кам намудани олулшавии микробии ин сатҳҳо мебошад .

Истифодаи воситаҳои фардии муҳофизат

Ҷадвали 10-1 номгӯи ВФМ-ро дар бар мегирад, ки барои истифода аз тарафи кормандони хоҷагӣ ҳангоми иҷрои вазифаҳои гуногун тавсия дода мешаванд.

Ҷадвали 10-1. Воситаҳои тавсияшавандаи муҳофизати фардӣ барои гузаронидани рӯбучин .	
Намуди ВФМ	КАӢ ИСТИФОДА БУРДА МЕШАВАД
<p>Дастпӯшакҳо (беҳтараш дастпӯшакҳои хоҷагӣ)</p> <p>Пойафзол, ки пойҳо аз ашёи тасодуфан афтонда, аз хуну моеъҳои биологии организм муҳофизат мекунад</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ҳангоми кор бо воситаҳои безараркунандаи шӯянда Ҳангоми рӯбучини ҳучраҳо • Ҳангоми рӯбучини қисматҳои саҳт олулшуда • Ҳангоми кор бо рӯйҷойҳои ифлос • Ҳангоми кор бо асбобу ашёҳои ифлосшуда • Ҳангоми кор ё нест кардани партовҳо
<p>Пешдомани пластикӣ ё резинӣ, ниқобу айнакҳои муҳофизатӣ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ҳангоме ки пошхӯрӣ ё рехтани моеъҳо дар назар аст

Тозакунии сатҳҳои иртиботӣ ва рӯбучини моеъҳои рехташуда

- Сатҳое, ки ба он ниёзманд даст мерасонад, масалан мизҳои азназаргузаронӣ ва катҳои беморхона, бояд тоза ва безарар нигоҳ дошта шаванд, то ин ки ба захролулшавии чандтарафаи ниёзмандону кормандони тиббӣ роҳ дода нашавад

- Ҳамаи сатҳҳое, ки ба онҳо хун, моеъҳои физиологии организм чакида метавонанд (масалан, курсҳои гинекологӣ ё мизҳои ҷарроҳӣ) бо роҳи пок кардани онҳо бо маҳлули безараркунанда (маҳлули 0,5%-и хлор) баъди ҳар як ниёзманд, ҳатто тоза ба назар намоянд ҳам, бояд безарар гардонда шаванд.

- Ҳар гуна сатҳе, ки дар он ифлосӣ дида мешавад, бояд бо роҳи пок кардан бо маҳлули безараркунанда (маҳлули 0,5%-и хлор) фавран баъди анҷоми илочиё безарар гардонда шавад

Ҳамеша ҳангоми тозакунии сатҳҳое, ки ба онҳо хун, моеъҳои физиологии организм, чакида метавонанд, дастпӯшак (беҳтараш дастпӯшакҳои хочагӣ) пӯшед

Рӯбучини мунтазам. Ҷадвалро муқаррар намоед ва кормандонро бо дастури хаттии тозакунии сатҳҳои атроф таъмин намоед.

Хуну дигар моеъҳои биологии организмро ҷӣ гуна шустан лозим аст.

Фавран кулмакҳои (ҷақраҳои) хун, моеъҳои биологии организм ва дигар моеъҳои эҳтимолан сироятнокшударо тоза намоед :

- Ҳангоми миқдори начандон зиёд. Дастпӯшакҳои хочагӣ ё муоинавӣ пӯшида, маводи намоёнро бо истифодаи латтаи дар маҳлули 0,5%-и хлор таркардашуда тоза кунед, сипас то тоза шудан бо маҳлули шӯяндаи дезинфексиякунанда пок кунед .
- Ҳангоми кулмакҳои калон. Дастпӯшак пӯшида, ба он қисмат маҳлули 0,5%-и хлор резед. Агар имкон бошад, пеш аз пок кардани маҳлул 10 дақиқа сабр намоед, вале хатари онро эҷод накунад, ки касе лағжида ва афтида тавонад. Маҳлулро пок кунед ва сипас ба таври муқаррарӣ бо маҳлули шӯяндаву об шӯед.

Реча ва амалиётҳо барои ҷарроҳихона

- Дар оғози ҳар рӯз, дар давоми рӯз, пеш аз амалиётҳо ва бистарикунии мизрҷон ба палата, таваллудгоҳ, ҷарроҳихона ва амалиётхона ҳамаи сатҳҳои ҳамвор (уфукӣ) (мизҳо, курсҳо ва ғайра) бояд бо латтаи тоза, тар бе мӯякҳо барои нест кардани ҷанге, ки дар давоми шаб ҷамъ шудааст, пок карда шаванд.
- Байни ҳар як амалиёт (тазриқ, бандинабандӣ, муоина ва ғ) ё амалиёти ҷарроҳӣ бояд ҳамаи сатҳҳои ҳамвор (уфукӣ) бо латтаи тоза пок карда шавад.
- Рӯбучини пурра ва интиҳои ҷарроҳихона (шустани фаршҳо ва пок кардани ҳамаи сатҳҳо аз боло ба поён) бояд дар охири ҳар як рӯз гузаронида шавад.

Эзоҳ: Царроҳихона ба таври хушк тоза накунад ва нарӯбед (Ин чанг, ифлосӣ ва микроорганизмҳоро ба ҳаво бардошта, сатҳҳои тозаро олуида месозад.)

Дар хотир доред: Ҳамаи минтақаҳои хучраи царроҳӣ, дастшӯякҳо, ҷойҳои шустушӯӣ ва қисматҳои ёрирасон, долону таҷҳизот, бояд новобаста ба он ки онҳо дар давоми 24 соати давраи илочиҳои царроҳӣ истифода шудаанд ё не, бояд пурра рӯбучин карда шаванд.

Эзоҳ: мунтазам тоза кардани полишҳои кондитсионерҳо барои самараноктар кор кардани онҳо имконият дода, ҳамзамон инкишофи мағорҳоро кам менамояд.

Дар хотир доред: азбаски ҳамаи ниёзмандон эҳтимолан сироятпазир ва ҳомилони сироят шуморида мешаванд, ҷораҳои стандартии эҳтиёткорӣ риоя карда мешаванд. Ҷораҳои иловагӣ талаб карда намешавад, ҳатто агар маълум бошад, ки ниёзманд сироятнок шудааст .

Асбобу анҷомҳои ифлос ва олуидашудаи рӯбучинро ҷӣ гуна шустан лозим аст

- Асбобу анҷомҳои рӯбучини бо хуну дигар моеъҳои биологии организм ифлосшударо беолоиш гардонда, онҳоро муддати 10 дақиқа дар маҳлули 0,5%-и хлор ё дигар дезинфектантҳои мувофиқ, ки дар шароитҳои маҳаллӣ дастрасанд, тар кунед.

- Сатили рӯбучин, латта, ҷўтқау пайкораро (швабра) ҳар рӯз ва агар ифлосӣ намоён бошад, бештар бо воситаи моеъҳои шўяндаю об шўед.

- Дар оби тоза шўед.

- Пеш аз такроран истифодабарӣ хушк намоед. (Латтаҳои тар ва пайкораҳо дучори олуидашавии саҳт бо микроорганизмҳо мегарданд.)

11. ТАЙЁР НАМУДАНИ ОБИ ТОЗА

Оби муддати 5 дақиқа ҷушондашуда барои нўшидан ва истифодабарӣ дар маҳлулҳои даҳонии регидрататсионӣ (МДР) ва омехтаҳои ширии кўдакона бехатар шуморида мешавад. Ҳамчунин оби ҷумакҳоро (водопровод) бо роҳи ба он ҳамроҳ намудани миқдори начандон зиёди пайвастиҳои хлордор, ба мисли гипохлорити натрий дезинфексия кардан мумкин аст. Масалан, ҳамагӣ 10 мл (2 қоушқча) маҳлули 0,5%- хлор барои тайёр намудани 20 литр оби барои нўшокӣ бехатар кифоя аст. Агар оби ҷумакҳо ё ҷоҳ хира (ношаффоф) бошад, онро положиш додан ё такшин кардан лозим аст, то ин ки зарраҳои саҳт таҳшин шаванд ва сипас эҳтиёткорона обро барои ҷушондан ё тозакунии резед.

Дар хотир доред: оби хлорноккардашудаи хира (ношаффоф) самарнок нест, чунки моддаҳои органикӣ бо хлори озод пайваст мешаванд, ки концентрасияро дар оби тозакардашуда кам менамояд

Оби чӯшомада ба осонӣ такроран захролуд мешавад, чунки баръакси оби хлорнок вай қобилияти таҳшинии нофаъол гардондани микроорганизмҳоро надорад; аз ин сабаб онро дар зарфи пӯшидаи барои чӯшондан пешбинишуда ё дар зарфи тозаи безараркардашуда, беҳтараш даҳонтанг нигоҳ доштан лозим аст. (Зарфҳои нигоҳдорӣ олууда шуда метавонанд, агар даҳони зарф васеъ бошад ва ба оби тоза расидани дасту зарфҳо мумкин бошад.) Гарчанде оби хлорнок бояд миқдори кофии хлори таҳшинро дар муддати лоақал 24 соат нигоҳ дорад, онро дар зарфи тозаи даҳонтанг ҳамчунин барои он нигоҳ доштан лозим аст, ки ба хатари олудашавии тасодуфӣ роҳ дода нашавад.

Тайёр намудани оби тозаи дорои то 10 чнм (0,001%) маҳлули гипохлорити натрий илочиёи начандон пурқимат, тайёркуниаш осон ва аксаран дар ҳолатҳои фавқулодда зарурӣ (масалан, хангоми обҳезӣ ё дигар офтаҳои табиӣ, ки метавонанд боиси ниҳоят захролудшавии системаи обу хочагӣ гарданд) мебошад. Ғайр аз ин, имконияти ҳар рӯз тайёр намудани оби тоза дар муассисаҳои тиббӣ аҳамияти калон дорад, зеро баъзе аз муассисаҳоиначандон калони тиббӣ дар деҳот ё ҷойҳои дурдаст қарор доранд. Аксаран дар онҳо сарчашмаи эътимодноки об, ки барои шустани дастҳо ва тоза кардани асбобҳо, дастпӯшакҳои ҷарроҳӣ ва дигар ашёҳои тиббӣ то тозакунии интиҳой бо роҳи дезинфексияи амиқ ё стерилизация истифода бурдан мумкин бошад, дастрас нест.

Дастур оид ба истифодабарии оби тоза

Чи хеле ки дар **Ҷадвали 11-1** нишон дода шудааст, чӯшондан усули беҳтарини тайёр намудани оби тоза мебошад, ки барои нушидан, тайёр намудани МДР ё омехтаи ширии кӯдакона беҳатар аст. Ба сифати алтернатив, гар оби ҷумакҳо ё чоҳ шаффоф бошад (яъне миқдори ками моддаҳои органикӣ дошта бошад) хлорноккунӣ бо ёрии танҳо 1 чнм ((0,0001%) хлор барои безараргардонӣ об кифоя аст, ҳамзамон баъзе аз фаъолнокии таҳшинӣ нигоҳ дошта мешавад. Дар ҳолатҳои фавқулодда, ё дар он ҷойҳое, ки об тира шудааст ва полоиш номумкин аст (масалан, ҳосил намудани миқдори зиёди оби дезинфексияшуда зарур аст) консентратсияи хлорро то (0,001%) зиёд кардан лозим аст, то ин ки вай барои безараргардонии об кифоя бошад ва ҳамзамон агар дар давоми шаб нигоҳ дошта шуда бошад, ханӯз ҳам эҳсосшаванда бошад.

Ҷадвали 11-1. Дастурамали истифодабарии оби тоза (безаргардонидашуда)

ТАӢИНОТ	ТОЗАКУНИИ ПЕШАКӢ (полоиш)	БЕӢТАРАСТ	АЛТЕРНАТИВ	КОНЦЕНТРАТСИЯ (%)
НушокӢ, МДР ва омехтаи ширии кӯдакона	+	Ҷӯшондашуда	Хлорноккардашуда	0,0001
Истифодабарии фаврӢ	±	Хлорноккардашуда	Ҷӯшондашуда	0,001
Истифодаи тиббӢ (шустани дастҳо ва асбобҳо)	±	Хлорноккардашуда		0,001

12. ПЕШГИРИИ СИРОЯТӢ ДАР ШАРОИТИ ХОНА

12.1. Принципҳои умумӣ

Бисёре аз ниёзмандони мубталои бемориҳои музмин, ба мисли сил дар шароити хона таъобат мегиранд. Ин вазъият хатари интиқоли бемории сирояткунандаро барои аъзоёни оила, шахсони беморро нигоҳубинкунанда ва аҳолии атроф эҷод менамояд. Кормандони тиббӣ, ки бо чунин оилаву одамони ногоҳубинкунандаи беморон кор мекунанд, бояд таълим додани усулҳои зерини пешгирии сироятҳоро, ки метавонанд хатари заҳолудшавиро паст намоянд, вазифаи асосии худ шуморанд:

- Бехдошти дастҳо:

- дастҳоро то ва баъди иртибот бо беморон, хуни онҳо ва моеъҳои биологии организм бо истифодаи собуну оби тозаи ҷорӣ (масалан аз ҷумак ё аз кӯза рехта) бодикқат шӯед, ё маҳлули тозаунии дастҳо дар асоси спиртиро истифода баред;

- беморон бояд дар хучраи равшаниаш нағз ва дастрасии ҳавои тоза қарор дошта бошанд;

- беморон бояд либоси тоза пӯшида бошанд ва рахти хоби онҳо ҳамеша тоза ва хушк бошад;

- шахси ногохубинкунандаи бемор бояд либоси тоза дошта бошад ва сатҳҳои тозаро истифода барад, то ин ки сироятнокшавӣ аз либосу сатҳҳои ифлосро пешگیری, намояд;

- сатҳҳои ба мисли либос, мавод ё рӯйҷойҳои пластикӣ бояд бо собун ё воситаи шӯянда шуста шаванд ва дар офтоб хушк карда шаванд;

- либос бояд бо уттии гарм дарзмол карда шавад;

- ба беморони хобида барои муддати дуру дароз дар як ҳолат қарор доштан иҷозат надихед, барои пешگیری намудани пайдоиши айғирҳо аз як паҳлӯ ба паҳлӯи дигар гаштан ё мунтазам мавқеи худро тағйир доданро тавсия диҳед ё кӯмак расонед;

- агар бемор сулфа занад, ба вай бодикқат пӯшондани даҳонро ҳангоми сулфазанӣ бо рӯймолча (беҳтараш) ё матоъ тавсия додан лозим аст.

- Агар бемор дарунравӣ дошта бошад, истифода бурдани нишастгоҳи халочо ё тубак ва бодикқат шустани дастҳоро бо собун зери оби тозаи чорӣ баъди ҳар як қазои ҳоччат ва пеш аз хӯрокхӯрӣ ва иртибот ё тайёр намдани таом ё нӯшокиҳо тавсия диҳед.

- Матрасро бо рӯйҷои пластикӣ пушонед, ки ба осонӣ безарар ва шустан мумкин бошад.

- Тафтиш намоед, ки бемор ҳамаи доруҳои таъиннамудаи табибро истеъмол намояд.

- Агар иртиботи бевосита бо бофтаҳо, хун, моеъҳои биологии организм имкон дошта бошад, нигоҳубинкунандаи шахси бемор бояд дастпӯшак пӯшад, ки баъди анҷоми илочи ба таври лозимӣ бартараф карда мешаванд. Ҳатто агар дастпӯшакҳо пӯшида шуда бошанд, дастҳо бояд пеш ва баъди пӯшидани дастпӯшакҳо шуста шаванд. Агар дастпӯшакҳо дастрас набошанд, ҳатто халтачаҳои муқаррарии пластикӣ (тоза ва хушк), ки аз сироят каме муҳофизат карда метавонанд, истифода бояд бурд.

- Агар мӯйҳоро гирифтани лозим бошад, онҳоро бо алмос натарошед - агар зарур бошад мӯйҳоро наздиктари сатҳи пӯст қайчӣ намоед, вале бутунияти пӯстро халалдор накунад.

- Ҳар гуна матоъ, пӯшиши пластикӣ ё либосе, ки ба хун, моеъҳои физиологии организм расидааст, бояд ғундошта шаванд. Агар зарурияти такроран истифодабарии онҳо мавҷуд бошад, онҳо бояд дар маҳлули 0,5%-и хлор муддати 10 дақиқа безарар гардонда, бо собун ё маҳлули шӯянда шуста ва дар офтоб хушк карда шаванд (либосро баъдан дарзмол кардан лозим аст).

- Сатҳҳои саҳт (матрас, мизҳо), ки бо хун, моеъҳои физиологии организм дошта метавонанд, бо сачоқчаи дар маҳлули 0,5%-и хлор таркардашуда пок кунед.

- Агар ягон хел асбобҳое, ки такроран истифода мешаванд, ба кор бурда шуда бошанд, (масалан, корд) онҳо бояд дар маҳлули 0,5%-и хлор муддати 10 дақиқа безарар гардонда, бо собун ё маҳлули шӯянда

барои нест кардани хун, бофтаҳо шуста ва муддати 20 дақиқа чӯшонда шаванд.

- Ҳамаи маводҳоеро нест кунед, ки бо хун, моеъҳои физиологии организм иртибот доштаанд, ба тавре, ки онҳо барои аҳли оила ва аҳолии атроф хатар эҷод накунад.

- Усули беҳтарин сӯзондан ва гӯркунии ҳамаи маводҳои мебошад, ки бо хун, моеъҳои физиологии организм иртибот доштаанд (сачоқчаҳо, ҷойпушҳои матоӣгин ё пластикӣ, дастпӯшакҳо, тегакҳо ва ғайра). Партовҳо бояд дар чуқурии калон гӯр карда шаванд ва пурра бо хок тарзе пӯшонда шаванд, ки ба онҳо кӯдакон ва дигар одамон расида натавонанд. Онҳоро ҳамчунин ба ҷоҳи чуқури партовҳо партофта мумкин аст.

- Ҳангоми ҷамъкунии ва нест кардани партовҳои олудашуда дастпӯшак пӯшед.

12.2. Зоиши хонагӣ - тавсия барои омӯзиши оила дар сатҳи амбулаторӣ, ҳамчун пешгирии сироят дар шароити хона

Зоиш ин амали хатари баланд ба ҳисоб рафта, на танҳо барои он ки дар вақти зоиш метавонад оризаҳо пайдо шуда, ёрии баландихтисосонаи тиббиро талаб намояд, инчунин барои он ки ҳангоми зоиш миқдори зиёди хун ва моеъҳои биологӣ хориҷ мешаванд.

Занҳо бояд кушиш намоянд таваллудро дар шароити муассисаҳои тиббӣ, ки дар онҳо қоидаҳои пешгирии сироят риоя карда мешаванд ва дар иштироки мутахассиси баландихтисоси тиб, ки метавонад оризаҳоро ҳангоми пайдоиши онҳо пешгирӣ намояд, анҷом диҳанд.

Дар сурати дар шароити хона ба вуқӯъ омадани зоиш, зан бояд бар замми талаботҳои дар боло зикргардида, қоидаҳои зеринро барои анҷомёбии зоиши беҳатар риоя намояд.

Ҳангоми банақшагирии зоиши хонагӣ, бояд маводҳои зерин омода бошанд:

- алмоси нави беҳатар ва дар қуттии нокушода;
- бандинаи тоза барои бастанӣ нофи кӯдак;
- сатҳи тоза барои қабули таваллуд. Ҷойпӯшҳои пластикӣ (клёнкагӣ) тавсия дода мешавад. Ҳангоми мавҷуд набудани ҷойпӯши пластикӣ аз матои тоза шусташуда, ки дар шӯи офтоб хушк ва дарзмоли гарм карда шудааст, метавонад истифода бура шавад;
- дастпӯшакҳо;
- собун;
- оби тоза;
- тағҷойпӯшҳои гигиенӣ ва ё порчаи матои тоза шусташуда, ки дар шӯи офтоб хушк ва дарзмоли гарм карда шудааст;
- плёнкаҳои нав барои навзодон ва ё матои тоза шусташуда, ки дар шӯи офтоб хушк ва дарзмоли гарм карда шудааст;
- либости тозаи муҳофизатӣ барои шахсе, ки занро ҳангоми зоиш кӯмак мерасонад.

Ҳамроҳахро бояд дар халтаи пластикӣ ва ё дар қуттии обногузар гирифта месузонанд ё ин ки гӯр мекунанд.

Принсипҳои умумии пешгирии сироят дар шароити хона, ки дар боло оварда шудааст бояд риоя карда шаванд, махсусан риоя гигиенаи дастон, пӯшидани дастпӯшакҳо, истифодаи алмосҳои нав ва сатҳи тоза, худдорӣ аз тарошидани мӯй, безараркунӣ, шустан ва чӯшонидани ҳамаи асбобҳои дубора истифодашаванда ва дуруст нобудсозии ҳамаи партовҳо. Дар ҳолати пайдо шудани чамшавии хун, моеҳои физиологии бадан, тарашшухот ва экскрементҳо ҳамаи сатҳи онҳо бо маҳлули 0,5% хлор дар муддати 10 дақиқа пеш аз тозакунии олула карда мешаванд.



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И
СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН**

**НАЦИОНАЛЬНОЕ РУКОВОДСТВО
ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИЙ В
МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ
РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН**

Душанбе – 2015 г.



ВАЗОРАТИ ТАНДУРУСТӢ ВА ҲИФЗИ ИҶТИМОИИ АҲОЛИИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

734025, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе кӯчаи Шевченко 69 тел.: (372) 21-18-35 факс (372) 21-75-25

ФАРМОИШ

аз «27» 12 соли 2014. № 1119

ш. Душанбе

Дар бораи пурзӯр намудани чораҳо
оид ба пешгирии сирояти дохилибеморхонагӣ
дар муассисаҳои тандурустии
Ҷумҳурии Тоҷикистон

Бо мақсади пурзӯр намудани фаъолият дар самти пешгирии сирояти дохилибеморхонагӣ дар муассисаҳои тандурустӣ мутобиқи бандҳои 5 ва 38 Қонуни Ҷумҳурии Тоҷикистон «Дар бораи таъмини амнияти санитарӣ, эпидемиологии аҳоли» ва банди 10-и Низомномаи Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон, ки бо қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 3 марти соли 2014 таҳти № 148 тасдиқ гардидааст,

ФАРМОИШ МЕДИҲАМ:

1. Санадҳои меъёрии ҳуқуқии зерин тасдиқ карда шаванд:

а) қоида ва меъёрҳои гигиенӣ «Талаботҳои гигиенӣ оид ба чойгиркунӣ, таркиб, таҷҳизот ва истифодабарии беморхонаҳо, таваллудхонаҳо ва дигар муассисаҳои тандурустӣ» (замимаи 1);

б) «Дастурамали миллӣ оид ба пешгирии бемориҳои сироятӣ дар муассисаҳои тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон» (замимаи 2).

2. Ба сардорони раёсатҳои дастгоҳи марказии Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон, раёсатҳои тандурустии Вилояти Мухтори Кӯҳистони Бадахшон, вилоятҳои Суғд, Хатлон ва ш. Душанбе, роҳбарони муассисаҳои тандурустии ҷумҳуриявӣ ва шаҳру ноҳияҳои тобеи ҷумҳур, роҳбарони муассисаҳои тандурустии дигар вазорату идорасое, ки дар тобеияташон марказҳои саломатӣ ва беморхонадоранд, инчунин, муассисаҳои хусусии тиббӣ иҷрои фармоиши мазкурро таъмин намоянд.

3. Сардорони Раёсати амнияти санитарӣ, эпидемиологӣ, ҳолатҳои фавқулодда ва кӯмаки фаврии тиббии Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон (Давлатов С.Х.), Хадамоти

назорати давлатии санитарию эпидемиологӣ (Назаров Х.К), ва Хадамоти назорати давлатии фаъолияти тиббӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳоли (Ҳочамуродов Ғ.М.) назорати талаботҳои фармоиши мазкурро дар муассисаҳои тандурустӣ новобаста аз шакли моликият ва тобеъияти идоравиашон таъмин намоянд.

4. Ба сардори Хадамоти назорати давлатии санитарию эпидемиологӣ (Назаров Х.К.) супориш дода шавад, ки санадҳои меъёрии ҳуқуқии тасдиқгардидаро тибқи тартиби муқарраргардида дар Вазорати адлия аз қайди давлатӣ гузаронад.

5. Фармоишҳои Вазорати тандурустӣ аз 18.12.2000 с., №359 «Дар бораи чорабиниҳои паст намудани бемориҳои зарпарвинҳои вирусӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон», аз 26.04.2010 с., №239 «Дар бораи беҳтар намудани ёрии тиббӣ ба беморони фасоди чарроҳӣ ва пурзур намудани чорабиниҳо бар зидди сирояти дохили беморхонаҳо дар шӯъбаҳои чарроҳӣ (беморхонаҳо) ва марказҳо (хучраҳо) дандонпизишкӣ» ва аз 19.04.2013 с., №223 «Дастурамали миллӣ оид ба пешгирии бемориҳои сироятӣ дар муассисаҳои тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон» аз эътибор соқит дониста шаванд.

6. Назорати иҷрои фармоиши мазкур ба зиммаи муовини якум (Бобоҳочиева Л.С.) ва муовинони вазир (Ҷафаров Н.Ҷ. ва Олимов Н.Х.) гузошта шавад.

Вазир



Н. Салимзода

ДУРУСТ

*Приложение 2
к приказу Министерство здравоохранения
и социальной защиты населения
Республики Таджикистан №1119
от 27 декабря 2014 г.*

НАЦИОНАЛЬНОЕ РУКОВОДСТВО ПО ПРОФИЛАКТИКЕ
ИНФЕКЦИЙ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ
РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Введение

Профилактика инфекций является критическим компонентом качественных услуг здравоохранения, и тем не менее, этим компонентом зачастую пренебрегают. Случаи внутрибольничных инфекций, вызванных несоблюдением правил профилактики инфекций, недопустимы. В ходе проведения реформы здравоохранения в республике Таджикистан возникла необходимость пересмотра подхода к профилактике инфекций в лечебно-профилактических учреждениях.

Данный документ представляет собой основные положения по профилактике инфекций в родовспомогательных учреждениях, содержит современную, основанную на доказательствах и рекомендациях CDC информацию, и направлен на улучшение качества услуг в медицинских учреждениях страны.

В руководстве представлена основная информация, необходимая медицинским работникам для ежедневной работы; которая технически верна и практична в выполнении. Положения предназначены для выполнения всеми медицинскими работниками на всех уровнях оказания медицинских услуг.

Содержание

ПРИНЦИПЫ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИЙ.....	6
КАКОЙ ПРОЦЕСС ПРИМЕНЯТЬ.....	6
I. СТАНДАРТНЫЕ МЕРЫ ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ	7
2. Меры предосторожности, основанные на способе передачи инфекции (ИЗОЛЯТОРЫ).....	9
2.1. Меры по предупреждению инфекций, передающихся воздушным путем	9
2.2. Меры по предупреждению инфекций, передающихся капельным путем	11
2.3. Меры по предупреждению инфекций, передающихся контактным путем.....	12
2.4. Эмпирическое применение мер предосторожности по способу передачи инфекций	14
2.5. Респираторная гигиена и правила поведения при кашле	15
3. ГИГИЕНА РУК	17
3.1. Общие правила мытья рук	18
3.2. Антисептика рук.....	19
3.3. Хирургическая обработка рук.....	21
4. СРЕДСТВА ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ	24
4.1. Перчатки	25
4.2. Другие средства индивидуальной защиты	28
5. БЕЗОПАСНОЕ ОБРАЩЕНИЕ С ОСТРЫМИ ИНСТРУМЕНТАМИ ВО ВРЕМЯ ПРОЦЕДУР	32
5.1. Техника «без рук» для передачи хирургических инструментов	32
5.2. Безопасное обращение с подкожными иглами и шприцами	33
5.3. Удаление острых инструментов	35
6. ХИРУРГИЧЕСКАЯ АНТИСЕПТИКА.....	36
6.1. Предоперационная обработка кожи.....	36
6.2. Обработка кожи перед инъекцией	37
6.3. Способы снижения риска внутрибольничных инфекций	38
6.4. Хранение и отпуск антисептиков	40
7. ОБРАБОТКА ИНСТРУМЕНТОВ.....	41
7.1. Деконтаминация/Обеззараживание.....	42
7.2. Мытье.....	45
7.3. Стерилизация.....	47
7.4. Глубокая дезинфекция	50
7.5. Хранение стерильных или ГД предметов.....	55
8. ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЮДСКОГО ПОТОКА И ЗОН ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	57
8.1. Процедурные помещения (включая родильные залы).....	57
9. ОРГАНИЗАЦИЯ СБОРА И УДАЛЕНИЯ ОТХОДОВ	61
9.1. Обращение с отходами внутри больницы или клиники	61
9.2. Сжигание, захоронение и автоклавирование отходов	63
10. ХОЗЯЙСТВЕННАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ	68
11. ПОДГОТОВКА ЧИСТОЙ ВОДЫ	72
12. ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИЙ В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ	74
12.1. Общие принципы.....	74
12.2. Домашние роды это рекомендации для амбулаторного звена обучение семьи, как профилактика инфекции в домашних условиях.....	76

ПРИНЦИПЫ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИЙ

Профилактика инфекций (ПИ) в учреждениях здравоохранения имеет две основные цели:

- Предотвратить передачу опасных инфекций во время оказания медицинских услуг, которые включают в себя инвазивные процедуры (напр. инъекции, внутривенные вливания, катетеризация мочевого канала, обработка ран, введение ВМС, хирургические процедуры).
- Минимизировать риск передачи серьезных инфекций (таких как Гепатит Б и С и ВИЧ) не только пациентам, но и медработникам и обслуживающему персоналу, включая уборщиц и хозяйственных работников

Меры профилактики инфекций, описанные здесь, предназначены для использования во всех типах медицинских учреждений – от больших республиканских, областных больниц до маленьких поселковых пунктов здравоохранения. Эти меры разработаны для уменьшения затрат и необходимости для дорогостоящего и зачастую хрупкого оборудования, в то же время обеспечивая высокую степень безопасности.

КАКОЙ ПРОЦЕСС ПРИМЕНЯТЬ

В 1968 г. Сполдинг предложил три категории потенциального риска инфицирования в качестве основы для выбора метода или процесса профилактики (напр., стерилизация медицинских инструментов, перчаток и других предметов) при уходе за пациентами. Эта классификация выдержала испытание временем и до сих пор служит хорошей основой для установления приоритетов любой программы профилактики инфекций. Категории Сполдинга вкратце излагаются ниже:

- **Критическая.** Эти предметы или методы воздействуют на обычно стерильные ткани или кровеносную систему и представляют самый высокий уровень риска инфицирования. Неспособность обеспечения стерильными или, где это приемлемо, глубоко дезинфицированными предметами (напр., хирургическими инструментами и перчатками) скорее всего, приведет к наиболее серьезным инфекциям.
- **Полукритическая.** Эти предметы и методы занимают второе по важности место и воздействуют на слизистые оболочки и небольшие участки поврежденной кожи. Потребности управления значительны и требуют знаний и навыков в:

- обращении со многими инвазивными средствами (напр., желудочнокишечные эндоскопы или влагалищные зеркала),
- проведении обеззараживания, очищения и глубокой дезинфекции, и
- обеспечении перчатками персонала, который соприкасается со слизистыми оболочками и кожей, целостность которой нарушена.

Некритическая.

Использование предметов и методов, касающихся неповрежденной кожи и представляющих наиболее низкий уровень риска. Некоторые из них (напр., гигиена рук) более важны, чем другие. Плохой менеджмент некритических вещей, как, например, чрезмерное использование смотровых перчаток, часто потребляет значительную долю ресурсов, предоставляя при этом ограниченные преимущества.

I. СТАНДАРТНЫЕ МЕРЫ ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ

Ключевые компоненты и их применение

Помните: Необходимо применять стандартные меры предосторожности постоянно и по отношению ко всем пациентам, поскольку никто на самом деле не знает, какие микроорганизмы пациенты могут иметь.

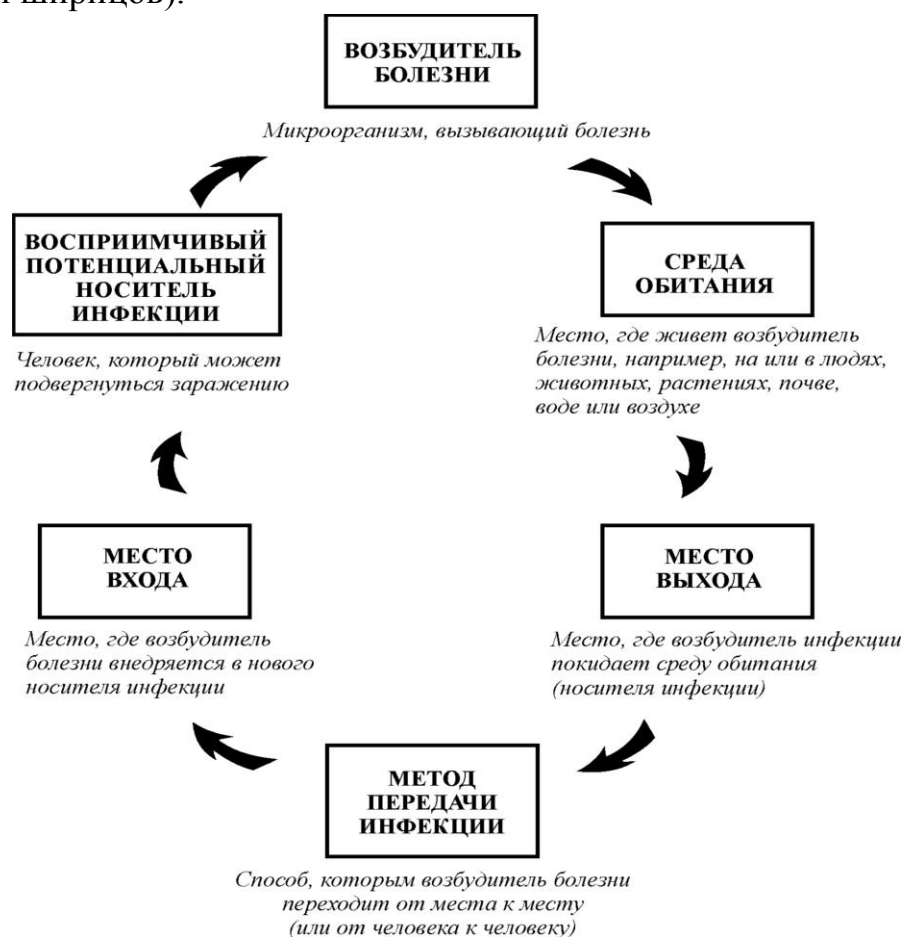
- **Рассматривайте каждого человека** (пациента или медперсонал) как потенциально инфицированного и подверженного инфекции.
- **Мойте руки** – это самая важная процедура для профилактики перекрестного заражения (от человека к человеку или от зараженного объекта к человеку)
- **Надевайте перчатки** (на обе руки), прежде чем касаться чего-либо влажного – кожной раны, слизистых оболочек, крови или других биологических жидкостей организма, либо загрязненных инструментов и зараженных отходов, а также перед проведением инвазивных процедур.
- **Применяйте физические барьеры** (защитные очки, лицевые маски и фартуки), если предполагается разбрызгивание или выделение любых биологических жидкостей (секретов и экскрементов) организма (напр., обработка инструментов и других предметов).
- **Применяйте антисептики** для обработки кожи или слизистых оболочек пациентов и рук медперсонала перед хирургической процедурой или обработкой ран.
- **Применяйте безопасные методы работы**, например: избегайте повторного надевания колпачка или сгибания иглы, используйте методику безопасной передачи острых инструментов, и ушивайте тупоконечными иглами, когда это приемлемо.

- **Безопасно удаляйте инфекционные отходы**, чтобы защитить тех, кто этим занимается, и предотвратить травмы или распространение инфекции среди местного населения.
- **Обрабатывайте инструменты и другие предметы** после использования сначала деkontаминацией и тщательным мытьем, затем либо стерилизацией, либо глубокой дезинфекцией, применяя рекомендуемые процедуры.
- Применение этих мер предосторожности включая такие как **иммунизация медицинских работников** против гепатита В является необходимой профилактической мерой.

Применение правильных мер профилактики инфекций нарушает цикл передачи заболеваний (Рис. 1) одним из следующих четырех способов:

- 1 Уменьшая количество присутствующих микроорганизмов, которые вызывают заболевание (пр: простое мытье рук, мытье инструментов);
- 2 Уничтожая или инактивируя микроорганизмы, которые вызывают заболевание (обработка рук антисептическим раствором на спиртовой основе, обеззараживание);
- 3 Создавая барьеры для предупреждения распространения инфекции (ношение перчаток и других средств индивидуальной защиты),
- 4 Применяя меры безопасности в операционной (техника «без рук» для передачи хирургических инструментов, использование одноразовых перчаток и шприцов).

Рисунок 1-1. Цикл передачи заболевания



2. МЕРЫ ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ, ОСНОВАННЫЕ НА СПОСОБЕ ПЕРЕДАЧИ ИНФЕКЦИИ (ИЗОЛЯТОРЫ)

В дополнение к Стандартным мерам предосторожности, которые применяются ко всем пациентам, существуют дополнительные меры предосторожности, основанные на способе передачи инфекции. Они должны применяться по отношению к пациентам, у которых **выявлены** или **подозреваются** возбудители инфекций, передаваемых в целом или частично воздушным, капельным или контактным путем. Иногда может быть необходимо применить изоляционные меры, относящиеся к более чем одной категории.

2.1. Меры по предупреждению инфекций, передающихся воздушным путем

Эти меры предосторожности предусматривают сокращение внутрибольничной передачи частиц размером 5 μm или меньше, которые могут оставаться в воздухе в течение нескольких часов и широко распространяться. (Таблица 2-1). Микроорганизмами, полностью или частично передающимися воздушным путем, являются микобактерии туберкулеза (ТБ), вирус ветряной оспы и вирус краснухи. Меры предосторожности по предупреждению воздушной передачи инфекции рекомендуются для больных, у которых **выявлены** или **подозреваются** возбудители этих инфекций. Например, к ВИЧ-инфицированному лицу с кашлем, ночной потливостью или температурой и клиническими или рентгенологическими данными в легких меры предосторожности по предупреждению воздушной передачи должны применяться до тех пор, пока не будет исключен туберкулез.

Таблица 2-1. Меры предосторожности при воздушном способе передачи

- Применяйте в дополнение к Стандартным Мерам Предосторожности по отношению к больным, у которых выявлено или подозревается инфицирование микроорганизмами, передающимися воздушным путем.

РАЗМЕЩЕНИЕ БОЛЬНОГО



- Отдельная комната.
- Дверь закрыта.
- Вентиляция в комнате осуществляется изнутри наружу (отрицательное давление воздуха) с помощью вентилятора или другой фильтрационной системы.
- Если нет отдельной комнаты, поместите больного в комнате с пациентом с тем же инфекционным заболеванием в активной форме, но без какой-либо другой инфекции (группирование).
- Проверьте всех посетителей на восприимчивость, прежде чем позволить им навещать больного.

ЗАЩИТА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ



- Носите хирургическую маску.
- Если выявлен или подозревается ТБ, носите респиратор с многослойным фильтром (если имеется в наличии).
- При ветряной оспе или кори:
 - Невосприимчивым лицам—маска не требуется.
 - Восприимчивым лицам—не входить в комнату.
- Выйдя из комнаты, снимите и поместите маску в пластиковый пакет или контейнер для отходов с плотно закрывающейся крышкой.

ТРАНСПОРТИРОВКА БОЛЬНОГО



- Ограничьте транспортировку больного самыми необходимыми целями.
- Во время транспортировки больной должен носить хирургическую маску.
- Предупредите отделение, принимающее больного.

Дополнительные меры предосторожности для пациентов, больных туберкулезом:

- Рассказывайте пациентам, которые помещены в туберкулезный изолятор, о механизме передачи туберкулеза и о причинах их нахождения в изоляторе.
- Обучайте пациентов закрывать их рот и нос салфеткой во время кашля и чихания, даже в изоляторе, для задержания капель влаги до того, как они попадают в воздух.
- Помогайте пациенту соблюдать меры изоляции (напр., нахождение в изоляторе при закрытой двери).
- Меры предосторожности могут быть отменены, когда подозрение на туберкулез не подтверждается или когда пациент проходит эффективный курс лечения, когда состояние пациента клинически улучшается, и когда три последовательных анализа мокроты, собранных в разные дни, не содержат бактерий туберкулеза.

2.2. Меры по предупреждению инфекций, передающихся капельным путем

- Эти меры предосторожности снижают риск внутрибольничной передачи патогенных организмов, которые полностью или частично распространяются каплями размером больше 5 μm (напр., *H. influenzae* и *N. meningitides*; *M. pneumoniae*, вирусы гриппа, эпидемического паротита и краснухи). Другие состояния включают дифтерию, коклюш (судорожный кашель), легочную чуму и стрептофарингит (скарлатина у младенцев и маленьких детей).
- Меры предосторожности по предупреждению капельной передачи проще, чем меры предосторожностей по предупреждению воздушной передачи, потому что частицы остаются в воздухе только в течение короткого промежутка времени и распространяются только на расстоянии около полутора метров, поэтому для инфицирования восприимчивого реципиента необходим тесный контакт с источником (**Таблица 2-2**) При предупреждении инфекций, передающихся капельным путем, нет необходимости в специальной вентиляции и воздухообмене, и дверь в комнату может оставаться открытой.

Таблица 2-2. Меры предосторожности при капельном способе передачи

Применяйте в дополнение к Стандартным мерам предосторожности по отношению к больным, у которых выявлено или подозревается инфицирование микроорганизмами, передающимися крупными каплями (больше 5 μm).

РАЗМЕЩЕНИЕ БОЛЬНОГО



- Отдельная комната; дверь можно оставить открытой.
- Если нет отдельной комнаты, поместите больного в комнате с пациентом с тем же инфекционным заболеванием в активной форме, но без какой-либо другой инфекции (группирование).
- Если невозможны оба варианта, обеспечьте расстояние, по крайней мере, в 1 метр между больными.

ЗАЩИТА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ



- Носите маску, если находитесь в пределах 1 метра от больного.

ТРАНСПОРТИРОВКА БОЛЬНОГО



- Ограничьте транспортировку больного самыми необходимыми целями.
- Во время транспортировки больной должен носить хирургическую маску.
- Предупредите отделение, принимающее больного.

2.3. Меры по предупреждению инфекций, передающихся контактным путем

• Эти меры предосторожности снижают риск передачи микроорганизмов с инфицированного или колонизированного больного через прямой или косвенный контакт. (Таблица 2-3). Они предназначены для больных, инфицированных или колонизированных патогенными микроорганизмами, вызывающими кишечную инфекцию (вирус гепатита А или ЕСНО-вирусы), вирусами простого герпеса и геморрагической лихорадки и бактериями, стойкими ко многим препаратам (антибиотикам). Интересно, что ветряная оспа переносится как воздушным, так и контактным путями на различных стадиях заболевания. Есть ряд вирусов, передающихся через прямой контакт, вызывающих

заболевания у младенцев. Кроме того, Меры предосторожности по предупреждению контактной передачи должны применяться по отношению к больным с мокрой или дренируемой инфекцией, которая может быть заразной (напр., дренируемый абсцесс, опоясывающий лишай, импетиго, конъюнктивит, чесотка, вши и раневые инфекции).

Таблица 2-3. Меры предосторожности при контактном способе передачи

Применяйте в дополнение к Стандартным мерам предосторожности по отношению к больным, у которых выявлено или подозревается инфицирование или колонизация микроорганизмами, переданными через прямой контакт с больным или косвенный контакт с окружающими поверхностями или средствами по уходу за больными.

РАЗМЕЩЕНИЕ БОЛЬНОГО



- Отдельная комната; дверь можно оставить открытой.
- Если нет отдельной комнаты, поместите больного в комнате с пациентом с той же активной инфекцией, переданной теми же микроорганизмами, но без какой-либо другой инфекции (группирование).

ПЕРЧАТКИ



- Надевайте чистые, нестерильные смотровые когды входите в комнату.
- Меняйте перчатки после контакта с инфекционным материалом (напр., испражнения или раневой дренаж).
- Снимите перчатки перед тем, как покинуть комнату.

МЫТЬЕ РУК



- Вымойте руки противомикробным средством или используйте безводное антисептическое средство для обработки рук на спиртовой основе после снятия перчаток.
- Не прикасайтесь к потенциально инфицированным поверхностям или предметам до того, как покинете комнату.

ХАЛАТЫ И СРЕДСТВА ЗАЩИТЫ



- Одевайте чистый, нестерильный халат, когда входите в комнату больного, если ожидается контакт с больным или больной страдает недержанием мочи или кала, диареей, если ему проводится илеостомия, колостомия или дренаж раны, не покрытой повязкой.
- Снимите халат прежде, чем покинете комнату. Не касайтесь одеждой потенциально инфицированной поверхности или предметов прежде, чем покинете комнату.

ТРАНСПОРТИРОВКА БОЛЬНОГО



- Ограничьте транспортировку больного только самыми необходимыми целями.
- Во время транспортировки примите меры предосторожности для максимального снижения риска передачи микроорганизмов.

ОБОРУДОВАНИЕ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ



- Закрепите некритическое оборудование по уходу за одним больным, если возможно.
- Мойте и дезинфицируйте любое оборудование, которое использовалось как инфицированными, так и неинфицированными больными после каждого пользования.

2.4. Эмпирическое применение мер предосторожности по способу передачи инфекций

• Пациенты могут поступить или быть переведены в госпиталь без определенного диагноза. При любом сомнении относительного инфекционного процесса в организме больного в отсутствии диагноза. Меры предосторожности по способу передачи следует применять, основываясь на признаках и симптомах, наблюдающихся у больного (эмпирическая база), до тех пор, пока не будет определен точный диагноз.

Таблица 2-4. Эмпирическое применение мер предосторожности по способу передачи (по признакам и симптомам)

ВОЗДУШНОЕ

- Кашель, температура и изменения в верхнем отделе грудной клетки (ослабленное дыхание)
- Кашель, температура и изменения в любой области грудной клетки у ВИЧ инфицированного лица или лица в группе высокого риска ВИЧ
- Сыпь (везикулярная или гнойничковая)

КАПЕЛЬНОЕ

- Сильный стойкий кашель при наличии коклюша среди населения
- Менингит (температура, рвота и ригидность затылочных мышц)
- Геморрагические высыпания с температурой
- Высыпания по всему телу по неизвестной причине

КОНТАКТНОЕ

- Острая диарея у больного, страдающего недержанием
- Диарея у взрослых, недавно применявших антибиотики
- Бронхит и круп у младенцев и маленьких детей
- Инфекция, вызванная микроорганизмами, стойкими ко многим препаратам (кроме ТБ), в анамнезе
- Абсцесс или дренируемая рана, на которую нельзя накладывать повязку

2.5. Респираторная гигиена и правила поведения при кашле

Для предупреждения передачи **всех** респираторных инфекций в условиях медучреждения, включая грипп (*Influenza*), следующие меры предосторожности должны быть введены в практику в точке первого контакта с потенциально инфицированным человеком. Они должны применяться в практике профилактики инфекций как один из компонентов стандартных мер предосторожности.

Визуальные предупреждения

На входе в медучреждения, посещаемые пациентами и населением (отделение скорой помощи, поликлиника, кабинеты врачей), развесьте инструкции для пациентов и сопровождающих лиц о том, что если они имеют симптомы респираторной инфекции, они должны 1) проинформировать персонал клиники в момент регистрации и 2) выполнять правила поведения при кашле.

Правила поведения при кашле

Следующие способы уменьшения распространения респираторных секретов рекомендуются всем, у кого есть симптомы респираторной инфекции:

- Закрывайте нос и рот платком, когда чихаете или кашляете
- Используйте одноразовые салфетки для респираторных секретов и выбрасывайте их в ближайшую урну как можно скорее после использования
- Соблюдайте гигиену рук (т.е., мойте руки водой с мылом, используйте безводный раствор для обработки рук на спиртовой основе или антисептический раствор) после контакта с респираторными секретами и зараженными объектами или материалами.

По возможности, медучреждения должны обеспечить достаточное количество материалов, помогающих соблюдать респираторную гигиену в комнатах ожидания для пациентов и посетителей:

- Обеспечьте салфетки и урны, которые не нужно открывать руками, для использованных салфеток.
- Расположите флаконы с безводным раствором для обработки рук на спиртовой основе или антисептическим раствором в удобном для пациентов и посетителей месте. Если есть доступ к раковине, обеспечьте постоянное наличие мыла и одноразовых полотенец.

Ношение маски и отделение лиц с симптомами респираторного заболевания

В периоды повышенной респираторной заболеваемости среди населения, (т.е., когда наблюдается увеличение процента отсутствующих в школах и на рабочих местах и учащается посещение врачей с жалобами на респираторное заболевание), нужно предлагать лицевые маски тем, кто имеет кашель. Любые процедурные маски (с петлями для ушей), или хирургические маски (с завязками) могут использоваться для уменьшения распространения респираторных выделений. В респираторах, однако, нет необходимости.

Когда позволяет площадь и наличие посадочных мест, рекомендуйте кашляющим лицам садиться как минимум на расстоянии один метр от

других находящихся в общей комнате ожидания. Некоторые медучреждения могут найти более удобным, с организационной точки зрения, соблюдать такой порядок в течение всего года.

Меры по предупреждению инфекций, передающихся капельным путем

Медперсонал должен соблюдать вышеприведенные *Меры по предупреждению инфекций, передающихся капельным путем*, т.е., носить хирургическую или процедурную маску при близком контакте, в дополнение к Стандартным мерам предосторожности, во время осмотра пациента с симптомами респираторной инфекции, особенно с повышенной температурой. Эти меры должны соблюдаться до тех пор, пока не определится, что агент, требующий мер предупреждению инфекций, передающихся капельным путем, не является причиной симптомов.

3. ГИГИЕНА РУК

Гигиена рук значительно сокращает количество болезнетворных микроорганизмов на руках и способна свести до минимума перекрестное заражение (напр., от медработника к пациенту). Показания к гигиене рук широко известны, но руководства по лучшим методикам продолжают совершенствоваться. Например, выбор между простым и антисептическим мылом, либо антисептическим средством для протирания рук, будет зависеть от степени риска при контакте с пациентом (напр., обычная медицинская процедура в отличие от хирургического вмешательства) и наличия возможностей.

Текущие рекомендации для медицинских работников таковы:

- Когда кожа повреждена или требуется частое мытье рук, следует употреблять мягкое мыло (без антисептического вещества) для удаления грязи и следов загрязнения.
- Если желательно противомикробное действие (напр., перед инвазивной процедурой или контактом с особенно восприимчивыми пациентами, такими как больные СПИДом или новорожденные) и на руках нет видимого загрязнения, применение антисептического очищающего средства предпочтительнее мытья рук лечебным антисептическим мылом.
- В зонах высокого риска, таких как операционная, отделение интенсивной терапии для новорожденных или отделение трансплантации, в протоколах для обработки рук мытье жесткими щетками в течение 6–10 минут должно быть заменено на использование мягких щеток и губок в течение более короткого времени (но не менее 2 минут).

- Персонал, который часто моет руки (30 или более раз в течение смены) следует обеспечить лосьоном и кремом для рук с целью уменьшения раздражения кожи.

Гигиена рук может быть достигнута рутинным мытьем рук (с антисептическим средством или без него) или протиранием рук антисептиком, или хирургической обработкой рук с использованием безводного антисептического средства для очищения рук на спиртовой основе. Цель и способ каждого из них немного разнятся.

Примечание: При отсутствии разовых полотенец вытрите руки полотенцем или осушите их воздухом. Полотенца общего пользования не должны применяться, поскольку быстро инфицируются.

3.1. Общие правила мытья рук

Мытье рук. Целью мытья рук является механическое удаление грязи и следов загрязнений с кожи и сокращение количества транзитных микроорганизмов. Мытье рук простым мылом и **чистой** водой так же эффективно, как и мытье с противомикробным мылом. Вдобавок, простое мыло вызывает намного меньше раздражений.

Руки следует мыть **перед**:

- обследованием (прямой контакт) пациента; и
- надеванием **стерильных** хирургических перчаток перед операцией, или смотровых перчаток для рутинных процедур, таких, как гинекологическое обследование.

Руки следует мыть **после**:

- любых ситуаций, в которых руки могли быть контаминированы, таких, как:
 - обращение с загрязненными инструментами и другими предметами
 - прикосновение к слизистым оболочкам, крови и другим биологическим жидкостям организма (секреты или экскременты);
 - продолжительный и интенсивный контакт с пациентом;
- снятия перчаток.

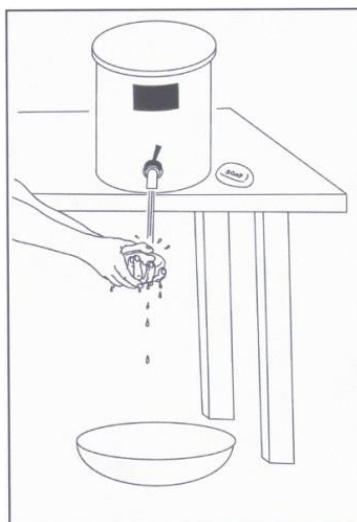
Руки следует мыть с мылом и чистой водой (либо применить антисептическое средство для очищения рук) **после** снятия перчаток потому, что перчатки могут иметь крохотные порезы или разрывы, и бактерии могут быстро размножаться на руках под перчатками вследствие влажной и теплой внешней среды внутри перчаток

Поскольку микроорганизмы растут и размножаются во влаге и застойной воде:

- Если применяется твердое мыло, предпочтительно одноразовое кусковое мыло
- Избегайте опускания рук в емкости с застоялой водой. Даже при добавлении антисептического средства, такого как Деттол (Dettol®) или Савлон (Savlon®), микроорганизмы могут выживать и размножаться в таких растворах
- Не добавляйте жидкое мыло в частично порожний дозатор жидкого мыла. Такая практика «дополнения» дозаторов может привести к бактериальному заражению мыла.

Примечание: В тех случаях, когда дозаторы мыла используются повторно, их следует тщательно обработать перед наполнением.

- Если нет водопроводной воды, используйте бак с краном, чтобы можно было его заворачивать при намыливании рук и вновь открывать для споласкивания рук, либо используйте ведро с водой и кувшин.



Примечание: Использованную воду следует собирать в емкость и затем сливать в канализацию или уборную

3.2. Антисептика рук

Целью антисептики рук является удаление грязи и следов загрязнения, а также уменьшения **как** транзитной, **так и** резидентной микрофлоры. Техника антисептики рук сходна с простым мытьем рук. Она состоит из мытья рук водой и мылом либо моющим средством (твердым или жидким), содержащим антисептик (часто хлоргексидин, йодофоры или триклозан) вместо простого мыла.

Антисептику рук следует производить **перед**:

- осмотром или уходом за особенно восприимчивыми пациентами (напр., недоношенные младенцы, пожилые пациенты или больные СПИДом);
- проведением инвазивных процедур, таких, как введение внутрисосудистых устройств; и
- выходом из палаты, в которой соблюдаются Контактные меры предосторожности (напр., гепатит А или Е), или от пациентов, имеющих устойчивые к лекарствам инфекции (напр., метициллин-резистентный золотистый стафилококк).

Мытье рук с противомикробным мылом или моющим средством оказывает более раздражающее воздействие на кожу, чем применение антисептических средств для обработки рук (см. следующий раздел), поэтому, по возможности, вместо мытья рук следует применять обработку рук антисептиком.

Антисептическая обработка рук

Антисептическая обработка рук более эффективна в уничтожении транзитной и резидентной флоры, чем мытье с противомикробными средствами или простым мылом и водой, занимает мало времени, удобна в применении и обеспечивает большее начальное сокращение микробной флоры на руках. Антисептические средства для обработки рук также содержат небольшое количество смягчителей, таких, как глицерин, пропиленгликоль или сорбит, которые предохраняют и смягчают кожу.

Для достижения эффекта, следует применять для обработки рук адекватное количество раствора. Например, при увеличении количества средства от 1 мл до 5 мл для одного применения (около 1 чайной ложки), эффективность значительно возрастает.

Поскольку антисептические средства для рук не удаляют грязь или органические вещества, в случаях, когда руки заметно запачканы или загрязнены кровью или биологическими жидкостями организма, сначала следует вымыть руки с водой и мылом. Кроме того, для уменьшения «накопления» смягчителей на руках, рекомендуется мыть руки с мылом и водой после каждых 5-10 применений антисептического средства. Наконец, средства для обработки рук, содержащие в качестве активного ингредиента только спирт, имеют ограниченный остаточный эффект (т.е. способность предотвращать рост бактерий после применения) по сравнению с теми, которые содержат спирт с добавлением антисептика, такого, как хлоргексидин.

Приготовить эффективный антисептический раствор для обработки рук недорого и несложно:

Формула спиртосодержащего средства для обработки рук		
Метод приготовления на 10 литров		
Формула 1	Этанол 96% - 8333 мл. Перекись водорода 3 % - 417 мл. Глицерин 98% - 145 мл.	<i>Конечный продукт:</i> Этанол 80% Перекись водорода 0,125 % Глицерин – 1,45 %
Формула 2	Спирт изопропиловый 99,8% - 7515 мл. Перекись водорода 3 % - 417 мл. Глицерин 98% - 145 мл.	<i>Конечный продукт :</i> Спирт изопропиловый 75% Перекись водорода 0,125 % Глицерин – 1,45 %

3.3. Хирургическая обработка рук

Задачей хирургической обработки рук является механическое удаление загрязнений и транзитных микроорганизмов и сокращение резидентной микрофлоры на срок операции. Целью является предотвращение инфицирования раны микроорганизмами с рук хирурга и ассистентов.

В течение многих лет протоколы по предоперационной обработке рук требовали, по крайней мере, 6-10 минут энергичного мытья рук щеткой или губкой, с применением мыла, содержащего антисептик (хлоргексидин или йодофор). Однако, было доказано, что эта практика повреждает кожу и может иметь следствием повышенное распространение бактерий с рук. Двухминутное мытье рук с мылом и чистой водой с последующей обработкой 2–4% раствором хлоргексидина или 7,5–10% повидон йодина было так же эффективно, как и 5-минутная обработка с применением антисептического мыла.

Примечание: Повреждения кожи, вызванные аллергическими реакциями, являются идеальным местом для размножения микроорганизмов, этого следует избегать. Персонал с аллергией к антисептикам может пользоваться простым мылом с последующим нанесением безводного средства для очищения рук на спиртовой основе, описанного выше.

Нанесение антисептика сводит до минимума количество микроорганизмов на руках под перчатками и минимизирует рост микрофлоры во время

операции. Это важно, потому что перчатки могут иметь незаметные дырочки или разрывы, или повредиться во время операции.

В качестве альтернативного варианта применяется мытье рук с последующей обработкой рук антисептиком, содержащим хлоргексидин, которое, как было доказано, дает более значительное сокращение количества микробов на руках, улучшает здоровье кожи и снижает потребности во времени и ресурсах.

Лосьоны и кремы для рук

С целью уменьшения связанного с гигиеной рук контактного дерматита вследствие частого мытья рук (>30 раз за смену), применения раздражающих кожу моющих средств и воздействия антисептических средств (60–90% спиртовые растворы раздражают кожу меньше, чем любые другие антисептические или неантисептические моющие средства), медицинские работники должны использовать лосьоны, кремы и увлажняющие средства для ухода за кожей.

Регулярное применение (по крайней мере, дважды в день) таких средств может предотвратить и вылечить контактный дерматит. Вдобавок, увлажняющие средства могут предотвратить высыхивание, повреждение и обезжиривание кожи. Смягчающие средства, такие, как глицерин и сорбит, с антисептиками или без них, могут уменьшить перекрестное заражение, поскольку они снижают распространение бактерий с кожи на период до 4 часов.

Следует поощрять применение медработниками лосьонов для рук, кремов и увлажняющих средств ухода за кожей. Эти средства должны быть расфасованы либо в небольших флаконах индивидуального пользования, которые легко носить при себе, либо в поршневых дозаторах, которые невозможно повторно наполнять, с целью уменьшения возможности заражения. Чтобы не перепутать, эти дозаторы нельзя устанавливать рядом с дозаторами с антисептическими средствами.

Не следует использовать защитные средства на масляной основе, например, содержащие вазелин (Vaseline®) или ланолин, поскольку они повреждают латексные перчатки.

Повреждения кожи

Кутикулы, кисти рук и предплечья должны быть свободны от повреждений (дерматита или экземы) и кожных дефектов (порезы, ссадины и трещины). Порезы и ссадины должны быть покрыты водонепроницаемой повязкой. Если такая перевязка невозможна, хирургический персонал не должен оперировать до излечения повреждений

Ногти

Исследование показало, что ногтевые ложа (подногтевые области) содержат самое большое количество микробов на руке. Вдобавок, несколько последних исследований показали, что длинные ногти могут служить резервуаром для грамотрицательных бацилл (*P. aeruginosa*), дрожжевых грибков и других патогенных микроорганизмов. Кроме того, длинные ногти, натуральные или искусственные, могут проколоть перчатки. Вследствие этого, рекомендуется поддерживать ногти сравнительно короткими – не длиннее 0,5 мм от кончика пальца.

Искусственные ногти

Искусственные ногти (накладные ногти, акриловые удлинители и т.п.) у медработников могут также внести вклад в распространение нозокомиальных инфекций. Искусственные ногти могут служить резервуаром для патогенных грамотрицательных бацилл; следовательно, медицинские работники, особенно члены хирургических бригад не должны применять. Искусственные ногти также не рекомендуется носить тем, кто:

Работают в специализированных отделениях, таких как отделение интенсивной терапии для новорожденных,

Ухаживают за пациентами с высокой восприимчивостью к инфекциям, или

Лечат пациентов с инфекцией, вызванной резистентными микроорганизмами

Лак для ногтей

Хотя не существует ограничений, касающихся лака для ногтей, рекомендуется, чтобы члены хирургических бригад, а также те, кто работают в специализированных отделениях, не имели лак для ногтей. Частично сошедший лак способствует возрастанию количества микроорганизмов на ногтях.

Украшения

Хотя некоторые исследования показали, что кожа под кольцами более интенсивно обсеменена, чем на участках кожи пальцев без колец, в настоящее время нет сведений о том, что ношение колец приводит к большей передаче патогенных микроорганизмов. Однако рекомендуется, чтобы члены хирургических бригад не носили колец, потому что они затрудняют натягивание перчаток и могут порвать их, а также не рекомендуется носить тем, кто:

- Работают в специализированных отделениях, таких как отделение интенсивной терапии для новорожденных,
- Ухаживают за пациентами с высокой восприимчивостью к инфекциям, или

- Лечат пациентов с инфекцией, вызванной резистентными микроорганизмами

4. СРЕДСТВА ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ

Защитные барьеры, называемые средствами индивидуальной защиты (СИЗ), использовались уже многие годы для защиты пациентов от микроорганизмов, присутствующих у медперсонала, работающего в медучреждениях. В последние годы, в связи с появлением СПИДа и гепатита С, а также с возрождением туберкулеза во многих странах, применение СИЗ для защиты персонала также стало важной задачей.

Пациенты и медработники являются основным источником микроорганизмов которые вызывают инфекцию после хирургической или другой инвазивной процедуры. Источники включают волосяной и кожный покровы людей, их носы и рты, кровь и физиологические жидкости, а также их руки. В дополнение, их действия, такие как прикосновение к грязным поверхностям, также распространяет микроорганизмы. Создание механического или химического барьера (например, перчатки или антисептический раствор) между микроорганизмами и человеком (пациентом или медработником) является эффективным методом предупреждения распространения инфекции как от человека к человеку, так и от оборудования или окружающей среды к человеку.

Что представляют собой средства индивидуальной защиты?

Средства индивидуальной защиты включают: перчатки, маски/респираторы, средства защиты для глаз (лицевые щитки, защитные очки разных видов), шапочки, халаты, фартуки и др. Во многих странах шапочки, маски, халаты и хирургические простыни изготавливаются из ткани или бумаги. Наиболее эффективные барьеры изготавливаются из специально обработанных тканей или синтетических материалов, которые не позволяют воде и другим жидкостям (кровь или биологические жидкости организма) проникать сквозь них. Однако, эти влагонепроницаемые материалы недоступны повсеместно, поскольку они дороги. Наиболее часто применяемым материалом для хирургической одежды (маски, шапочки, халаты) и хирургических простыней во многих странах является легкая хлопчатобумажная ткань (с плотностью нитей 22/см². К сожалению, легкая хлопчатобумажная ткань не является эффективным барьером, поскольку влага легко проникает через нее и может произойти контаминация. С другой стороны, грубые хлопчатобумажные или полотняные ткани слишком плотны для прохождения пара (т.е., они не могут быть использоваться для стерилизации), их трудно стирать и слишком долго сушить. Когда

применяются ткани, они должны быть белые или светлых цветов, чтобы на них легко была видна грязь и загрязнение.

Ни в коем случае не следует повторно применять бумажные шапочки, маски или хирургические простыни, поскольку их невозможно соответствующим образом обработать. **Если нельзя постирать, не применяйте их повторно!**

4.1. Перчатки

Перчатки защищают руки от контаминированных материалов и защищают пациентов от микроорганизмов на руках медицинского персонала. Они являются наиболее важным физическим барьером для предотвращения распространения инфекции, но их нужно менять при переходе к каждому следующему пациенту для предотвращения перекрестного заражения. Например, следует надевать смотровые перчатки при обращении с кровью, биологическими жидкостями организма, секретами и экскрементами (за исключением пота), загрязненными поверхностями или оборудованием, при касании поврежденной кожи и слизистых оболочек.

В медицинских учреждениях используют три вида перчаток: хирургические, смотровые и хозяйственные:

- **Хирургические перчатки** должны применяться при проведении инвазивных медицинских или хирургических процедур.
- **Смотровые перчатки** предоставляют защиту медицинским работникам при проведении многих повседневных обязанностей.
- **Хозяйственные перчатки** следует надевать при обработке инструментов, оборудования и других предметов; при обращении с контаминированными отходами и их удалении; и при обработке контаминированных поверхностей.

Самые лучшие **хирургические перчатки** изготавливаются из латексного каучука, в силу природной эластичности, чувствительности и прочности резины они плотно обтягивают руки. По причине возрастающей проблемы аллергии к латексу, был разработан новый синтетический резиноподобный материал, называющийся «нитрил», который имеет свойства, сходные с латексом. Нитриловые перчатки менее способны вызывать аллергические реакции. Во многих странах обычно имеется в наличии единственный вид **смотровых перчаток** – это перчатки, изготовленные из винила, синтетического материала, более дешевого, чем латексный каучук. Поскольку винил неэластичен (не растягивается как латекс), эти перчатки неплотно сидят на руках и легко рвутся. Смотровые перчатки лучшего качества изготавливаются из латекса и их можно найти в магазинах

медицинских принадлежностей в большинстве стран мира. Поскольку **хозяйственные перчатки** изготавливаются из плотной резины, которая гораздо менее эластична и чувствительна, они обеспечивают максимальную защиту в качестве барьера.

Помните: смотровые перчатки очень тонкие и их нельзя повторно обрабатывать и применять.

Требования к перчаткам для клинических процедур

В **Таблице 4-1** перечисляются обычные медицинские и хирургические процедуры, для которых может потребоваться применение защитных перчаток, а также типы перчаток и и/или требуемая обработка. Стерильные одноразовые хирургические перчатки могут использоваться во всех случаях, но по причине своей высокой стоимости должны применяться только в случае необходимости. Если риск наличия эндоспор не высок (напр., кесарево сечение или лапаротомия)

МАНИПУЛЯЦИЯ ИЛИ ДЕЙСТВИЕ	НУЖНЫ ЛИ ПЕРЧАТКИ	ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО^а	ПРИЕМЛЕМО
Измерение артериального давления	Нет		
Измерение температуры	Нет		
Инъекция	Нет		
Забор крови	Да	Смотровые ^б	Стерильные хирургические
Проведение внутривенных вливаний	Да	Смотровые ^б	Стерильные хирургические
Гинекологическое обследование	Да	Смотровые	
Обработка послеоперационных ран (дренирование, раневая инфекция)	Да Да	Смотровые	
Введение и удаление ВМС (с применением техники «некасания»)	Да	Смотровые	
Ручная вакуум-аспирация (с применением техники «некасания»)	Да	Смотровые	Стерильные хирургические
Вшивание и удаление имплантантов Норплант	Да	Стерильные хирургические ^в	
Влагалищное родоразрешение	Да	Стерильные хирургические ^в	
Все оперативные вмешательства	Да	Стерильные хирургические ^в	
Лапароскопия	Да	Стерильные	

Эндоскопия		хирургические ^в	
Работа в лаборатории с биологическими жидкостями и тканями	Да	Смотровые	
	Да	Смотровые	
Обращение с инструментами и их обработка	Да	Хозяйственные	-
Обращение с контаминированными отходами	Да	Хозяйственные	-
Уборка разлитой крови или жидких сред организма	Да	Хозяйственные	-
<p>^а Хотя стерильные перчатки можно применять во время любой хирургической процедуры, они не всегда требуются. В некоторых случаях смотровые перчатки так же безопасны, и при этом дешевле.</p> <p>^б Это включает новые, неиспользованные ранее, индивидуально или в коробке упакованные смотровые перчатки (при условии правильного хранения коробок).</p> <p>^в Когда оборудование для стерилизации (автоклав) отсутствует, единственной приемлемой альтернативой является глубокая дезинфекция.</p>			

Правила обращения с перчатками

- Надевайте перчатки правильного размера, это особенно касается хирургических перчаток. Плохо прилегающие перчатки могут ограничить вашу способность проводить манипуляции и легче повреждаются (рвутся или разрезаются).
- Периодически меняйте хирургические перчатки в течение длительных процедур, поскольку защитный эффект латексных перчаток снижается с течением времени (каждые 40 - 50 мин) и могут появиться незаметные разрывы.
- Ногти на руках должны быть коротко остриженными (менее 0,5 мм) для снижения риска разрывов перчаток.
- Натягивайте перчатки на манжеты халата, чтобы защитить запястье.
- Применяйте растворимые в воде (не содержащие жиров) лосьоны и увлажняющие средства для рук, чтобы предотвратить сухость, шелушение и растрескивание кожи рук вследствие частого мытья и применения перчаток.
- Не применяйте лосьоны или кремы на масляной основе, поскольку они разрушают латексные хирургические или смотровые перчатки.
- Не применяйте ароматные (душистые) лосьоны и увлажняющие средства для рук, поскольку они раздражают кожу под перчатками.

- Не храните перчатки в местах со значительным температурным воздействием (напр., на солнце, возле нагревательных приборов, кондиционера, источника ультрафиолетового излучения, флуоресцентных ламп или рентгеновского аппарата). Эти условия могут повредить перчатки (разрушить материал, из которого они изготовлены), тем самым снижая их эффективность в качестве барьера.

Ношение двух пар перчаток

Новые латексные хирургические перчатки, даже лучшего качества, допускают протекание до 4% случаев. Кроме того, латексные перчатки, особенно при контакте с жировой клетчаткой в ранах, постепенно теряют свои свойства и повреждаются. Хотя ношение двух пар перчаток оказывает мало пользы в предотвращении уколов иглой или других ранений, это может снизить риск контакта кровь-рука.

Показания для надевания **двух пар перчаток** следующие:

- Предполагаемый контакт с большим количеством крови или других биологических жидкостей организма (напр., влагалищное родоразрешение, полостные операции, перитониты,).
- Ортопедические процедуры, в которых предполагается работа с острыми костными фрагментами, проволочными лигатурами и другими острыми предметами.

В целом, для коротких по времени хирургических процедур (30 минут или менее), предполагающих минимальный контакт с кровью или слизистыми выделениями (напр., лапароскопия или минилапаротомия), надевание двух пар перчаток не представляется необходимым. Вопрос о том, надевать ли хирургу, ассистенту или операционной сестре две пары перчаток, следует тщательно рассмотреть, особенно там, где риск заражения патогенными организмами, переносимыми кровью, такими как ВИЧ, высок (уровень распространения >5%).

4.2. Другие средства индивидуальной защиты

Маски должны быть достаточно большими, чтобы прикрывать нос, нижнюю часть лица, челюсть и волосяную растительность на лице. Они предназначены для удержания капель влаги, выделяемых медработниками или хирургическим персоналом при разговоре, кашле, чихании, а также предотвращения попадания в нос или рот медработников случайных брызг крови или других биологических жидкостей организма.

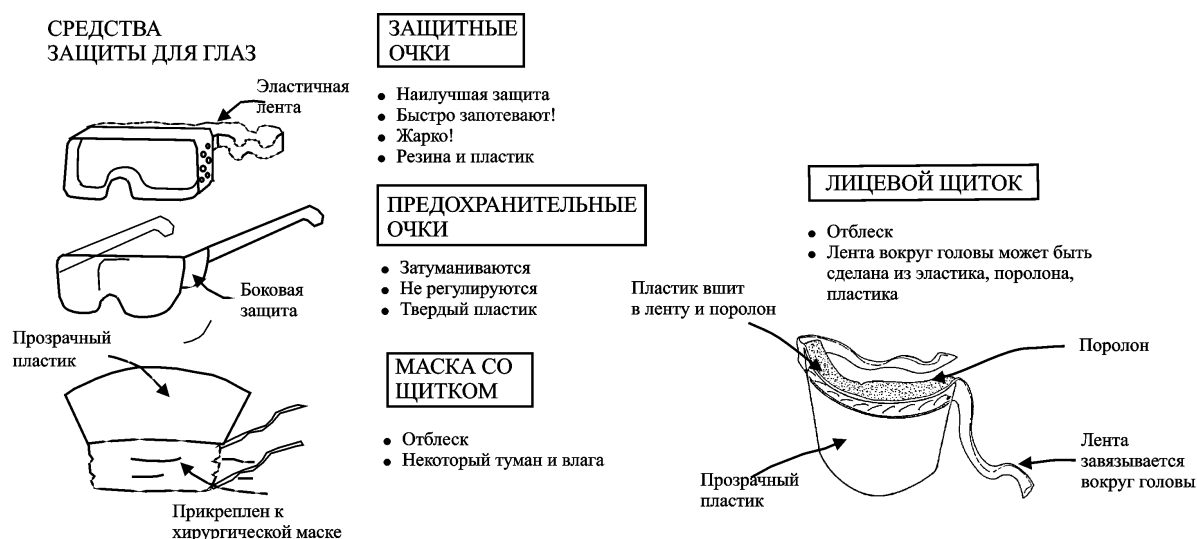
Помните: При снятии масок держите за тесемки, так как центр маски содержит наибольшее загрязнение.

Маски изготавливаются из различного материала, от легкой хлопчатобумажной ткани, марли и даже бумаги, до синтетических тканей, некоторые из них влагонепроницаемые. Маски, изготовленные из хлопчатобумажной ткани или бумаги очень удобны, но они не являются влагонепроницаемыми или эффективными в качестве фильтра. Маски, изготовленные из синтетических материалов, могут предоставить защиту от крупных капельных частиц (размером $> 5 \mu\text{м}$), распространяемых при кашле или чихании от стоящего рядом медицинского работника (менее 1 метра) к пациенту.

Помните: Если маски не изготовлены из влагонепроницаемых материалов, они не представляют собой эффективный барьер

Средства защиты для глаз предохраняют медперсонал в случае разбрызгивания крови или потенциально биологических жидкостей организма, прикрывая глаза. Средства для предохранения глаз включают прозрачные пластиковые защитные очки, предохранительные очки, лицевые щитки и маски со щитками (Рис. 4-2). Очки для зрения и очки с простыми стеклами тоже допустимы. Маски и очки или щитки должны надеваться при проведении любых манипуляций, где возможны случайные выплески в лицо (напр., при проведении манипуляций, при мытье инструментов и другие). Если не имеется лицевых щитков, можно использовать защитные или предохранительные очки вместе с маской.

Рисунок 4-2. Средства для предохранения глаз



Шапочки применяются для прикрытия волос и кожи головы, чтобы чешуйки кожи и волосы не попали в рану во время операции. Шапочки должны быть достаточно большими, чтобы прикрывать **все** волосы. Хотя

шапочки предоставляют некоторую защиту для пациента, их основной целью является защитить ее обладателя от попадания выплесков и брызг крови или потенциально биологических жидкостей организма. Обязательное ношение шапочек в хирургической зоне, реанимации, род.зале.

Медицинские халаты и костюмы надеваются поверх или вместо уличной одежды. Основная причина применения медицинских халатов - это предохранение одежды медицинских работников. Костюмы обычно состоят из брюк на затягивающихся шнурках и рубашки. V-образный вырез рубашки не должен быть слишком глубоким, чтобы не соскальзывали плечи и не обнажались волосы на груди у мужчин.

Хирургические халаты, изготовленные из влагонепроницаемых материалов, действительно играют определенную роль в ограждении кожи медперсонала от крови и других жидкостей, особенно во время операций, родоразрешении и оказании экстренной помощи. Однако, халаты из легких хлопчатобумажных тканей предоставляют недостаточную защиту. В такой ситуации, если происходят значительные выплески, самое лучшее – это принять душ или искупаться как можно скорее по окончании операции или процедуры.

Фартуки надевают для защиты одежды или поверхностей от заражения. Фартуки, изготовленные из резины или пластика, представляют водонепроницаемый барьер, защищающий переднюю часть тела медработника. Фартук следует надевать при уборке или во время процедур, когда ожидается излитие крови или биологических жидкостей организма. В операционных чистый пластиковый фартук поверх хирургической одежды не только поможет предотвратить контакт хирурга или ассистента с кровью или биологическими жидкостями организма, но также предотвратит передачу микроорганизмов с кожи живота хирурга или ассистента пациенту.

Обувь надевается для предохранения ног от травмирования острыми инструментами или тяжелыми вещами, которые могут случайно упасть на них. По этой причине не следует надевать сандалии, шлепанцы, босоножки или туфли из мягких материалов (ткани). Резиновые или кожаные ботинки или туфли дают бóльшую защиту, но их следует содержать чистыми и незагрязненными брызгами крови и других биологических жидкостей организма. Бахилы не нужны, если имеются прочные туфли, которые надеваются **только** в хирургической зоне. Во время операции или манипуляции, родоразрешении даже простые пластиковые одноразовые мешки (бахилы) могут защитить медработника от контакта с кровью и биологическими жидкостями организма.

Хирургические простыни и салфетки обычно делают из подшитых полотняных квадратов разного размера *для покрытия* операционного поля

вокруг разреза, обертывания инструментов и других предметов для стерилизации, покрытия столов в операционной, ими также накрывают пациентов, чтобы держать их в тепле во время хирургических процедур.

Применение стерильных салфеток для хирургических процедур необходимо для создания рабочего поля вокруг разреза, ограничивает площадь кожи. Операционное поле следует обработать с помощью антисептического раствора до наложения салфеток. Хотя эта зона часто называется «стерильным полем», она стерильна лишь на короткое время. Стерильные хирургические салфетки позволяют влаге просачиваться и могут способствовать распространению микроорганизмов с кожи, даже после хирургической обработки антисептическим средством, в рану. Таким образом, ни руки в стерильных перчатках, ни стерильные инструменты и другие предметы не должны касаться салфеток, после того, как ими обкладывают операционное поле. Поскольку тканевые салфетки не могут служить эффективным барьером, могут применяться чистые, сухие салфетки, если не имеется стерильных салфеток.

Помните: Как только стерильная салфетка касается кожи пациента, она перестает быть стерильной.

Помните: Не опирайтесь и не задевайте зоны, покрытые хирургическими простынями, потому что бактерии легко проникают даже через сухой материал вследствие физического давления, вызываемого опорой на хирургические простыни.

Помните: Стерильные простыни не заменяют хорошей асептической техники.

Средства индивидуальной защиты (СИЗ)

Тип СИЗ	Должно использоваться	В основном защищает
Фартук	Ситуации, когда возможны выплески или разлитие крови или физиологических жидкостей тела.	Медработника
Закрытые ботинки или туфли (открытые сандалии неприемлемы)	Ситуации, когда применяются острые инструменты или когда возможно разлитие инфицированных сред (напр. ортопедические операции, роды, хирургические операции, процедуры)	Медработника
Шапочки, халаты, маски, фартуки, салфетки	Инвазивные процедуры, во время которых обнажаются ткани под кожным покровом (напр., хирургическая	Медработника и пациента

	процедура)	
Очки или щитки, маски, фартук	Ситуации, когда возможны выплески или разлитие крови или физиологических жидкостей организма	Медработника
Маски	Ситуации, требующие мер предохранения от инфекций, передающихся по воздуху или капельным путем	Медработника и пациента
Стерильные салфетки	Большие или малые хирургические процедуры	Пациента Заметьте: защита ограничена, т.к. даже стерильные салфетки НЕ создают стерильное поле)

5. БЕЗОПАСНОЕ ОБРАЩЕНИЕ С ОСТРЫМИ ИНСТРУМЕНТАМИ ВО ВРЕМЯ ПРОЦЕДУР

5.1. Техника «без рук» для передачи хирургических инструментов

- Всегда применяйте технику «без рук» для передачи острых предметов (скальпель, иглы или заостренные ножницы), организовав **безопасную** или **нейтральную зону** в операционном поле:
- Острыми являются любые предметы, достаточно острые для того, чтобы проколоть перчатку (ножницы, иглы, скальпели, лезвия и т.д).
- Используйте стерильный почковидный тазик или другой подходящий небольшой контейнер для создания безопасной или нейтральной зоны.
- Расположите контейнер на стерильном поле между хирургом и ассистентом.
- Ассистент помещает инструменты по одному в контейнер по мере необходимости.
- Хирург или врач берет инструменты из контейнера и возвращает в контейнер после использования.

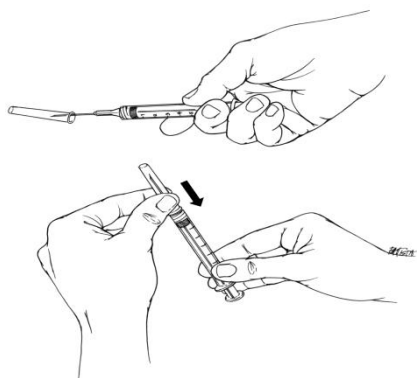
5.2. Безопасное обращение с подкожными иглами и шприцами

Практика безопасного обращения с подкожными иглами и шприцами защищает медработника, пациента и окружающих людей от ненужного риска.

Советы по безопасному обращению с подкожными иглами и шприцами:

- Все одноразовые предметы (шприцы, катетеры, перчатки и др) должны вскрываться в присутствии пациента.
- Используйте каждую иглу и шприц только один раз
- Не разбирайте иглу и шприц после использования
- Не надевайте колпачок, не гните и не ломайте иглу, перед тем как ее выбросить
Выбрасывайте иглы и шприцы в непротыкаемый контейнер или коробку безопасной утилизации.
- Используйте стерильную иглу и шприц для каждой инъекции только один раз
- Никогда не оставляйте иглу в резиновой пробке многодозового флакона. Это приводит к попаданию микроорганизмов, включая ВИЧ, во флакон и заражению лекарства между заборами дозы.
- Перчатки не требуются для введения инъекций (подкожные, внутривенные, внутримышечные), так как при этом не должно быть прямого контакта с кровью, физиологическими жидкостями организма, секретами или экскрементами. Дайте ватный (марлевый) тампон пациенту (или члену семьи, если пациент ребенок) для покрытия места укола.
- Перчатки рекомендуются для введения внутривенной иглы, забора крови или других физиологических жидкостей организма.
- Обработка кожи **при подкожных, внутривенных, внутримышечных инъекциях** :
 - протирание чистой кожи раствором антисептика перед инъекцией не является необходимым
 - Если место инъекции заметно загрязнено, вымойте мылом и водой и высушите чистым полотенцем, затем сделайте инъекцию
- Для уменьшения риска, не совершайте ненужных манипуляций с инъекционным инструментом:
 - Не надевайте колпачок, не гните и не ломайте иглу, перед тем как ее выбросить
 - Не разбирайте иглу и шприц после использования
 - Всегда держите руки за иглой

- Выбрасывайте иглы и шприцы в непротыкаемый контейнер или коробку безопасной утилизации четко маркированный (дата начала использования коробки) и находящийся на расстоянии руки
- Не переполняйте контейнеры для острых предметов – наполнение их более чем на три четверти может послужить причиной укола иглой. Когда непротыкаемый контейнер или коробка безопасной утилизации, наполнен на три четверти, необходимо утилизировать путем сжигания, захоронения или обеззараживания путем автоклавирования с последующей сдачей на вторсырье.
- Как правило, на иглу не нужно надевать колпачок, но если это необходимо, применяйте **метод «одной руки»**:
 - Сначала положите колпачок на твердую плоскую поверхность, затем уберите руку.
 - Далее, держа шприц одной рукой, введите кончик иглы в колпачок
 - Теперь, когда игла находится в колпачке, поднимите шприц вертикально вверх, так чтобы игла и шприц были направлены в сторону потолка.
 - Большим и указательным пальцами другой руки возьмитесь за колпачок чуть выше отверстия плотно надвиньте на основание иглы у места соединения со шприцем.



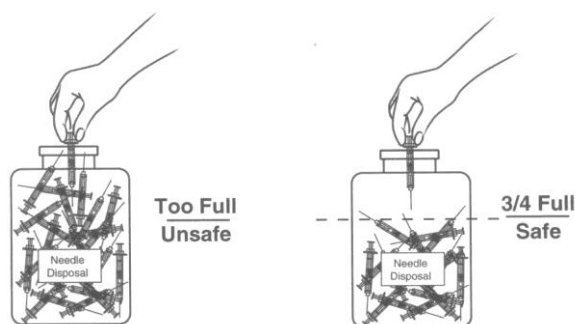
Самоблокирующиеся шприцы

Медучреждения применяют самоблокирующиеся шприцы и иглы (например, SoloShot FX™ or Uniject™). Эти шприцы не могут быть использованы повторно, и хотя уменьшают риск для пациентов, они не снижают риск укола иглой для медработников, санитарок, уборщиков и населения. После использования необходимо поместить в непротыкаемый контейнер или коробку безопасной утилизации.

5.3. Удаление острых инструментов

Основной целью удаления острых инструментов является предупреждение потенциального повреждения и передачи заболевания путем ранения о зараженный острый предмет.

- Острые инструменты всегда должны выбрасываться немедленно после использования в непротыкаемый контейнер или коробку безопасной утилизации.
- Не производите ненужных действий с острыми инструментами – их нужно выбрасывать сразу после использования (не надевайте колпачок на иглы, не снимайте и не ломайте их).
- Контейнеры для острых предметов должны быть готовы к использованию и удобно расположены на расстоянии руки – так, чтобы медработнику не приходилось переносить острый инструмент для того, чтобы его выбросить.
- Не переполняйте контейнеры для острых инструментов; наполнение их более чем на три четверти может послужить причиной укола иглой.
- При возможности, необходимо уничтожать острые инструменты вместе с контейнером:
 - Используйте одноразовый контейнер для уничтожения острых предметов (напр., пластмассовую или картонную коробку)
 - Сжигайте контейнер с острыми предметами как одно целое.



- При использовании контейнеров для острых предметов, промышленных либо самостоятельно изготовленных, следует помнить следующее:
 - Устанавливайте контейнеры как можно ближе к месту использования острых предметов, промаркеруйте, в идеале, на расстоянии руки. Также нужно, чтобы их легко было видеть, узнавать и использовать.
 - Помечайте их, чтобы люди невзначай не приняли их за мусорные корзины или урны для сигарет.

- Помещайте их на удобной высоте, чтобы персонал мог легко пользоваться ими и заменять их.
- Отмечайте линию наполнения на уровне трех четвертей полного объема.
- Не встряхивайте контейнер, чтобы содержимое уложилось и появилось место для большего количества острых предметов.
- Не устанавливайте контейнеры в зонах больших потоков (коридоры, в которые выходят приемные или процедурные кабинеты), где люди могут на них натолкнуться или уколоться при столкновении с кем-нибудь, кто несет острые предметы для уничтожения.
- Не кладите контейнеры на пол или где-либо еще, где их могут сбить или где их может легко достать ребенок.

Инкапсуляция рекомендуется как самый легкий способ безопасного уничтожения острых предметов. Для деталей, смотрите *Удаление отходов*.

6. ХИРУРГИЧЕСКАЯ АНТИСЕПТИКА

6.1. Предоперационная обработка кожи

Хотя кожные покровы невозможно стерилизовать, обработка антисептическим раствором сводит до минимума количество микроорганизмов вокруг хирургической раны, способных контаминировать рану и вызвать инфекцию.

- Не сбривайте волосы на операционном поле. Бритье увеличивает риск инфекций в 5-10 раз, т.к. крохотные повреждения кожи создают идеальные условия для роста и размножения микроорганизмов. При необходимости, **подстригите** волосы близко к коже непосредственно перед операцией.
- Спросите у пациента об **аллергических реакциях** (напр., на йод) перед тем, как выбрать антисептический раствор
- При видимом загрязнении, тщательно вымойте кожу или область наружных половых органов мылом и чистой водой, и высушите до нанесения антисептика
- Выберите один из рекомендуемых ниже антисептических растворов:
 - Спиртовые растворы (настойки) йода или хлоргексидина
 - Спирты (60–90% этиловый, изопропиловый или «метилованный» спирт)
 - Хлоргексидина глюконат (2–4%) (напр., Hibitane, Hibiscrub, Hibiclens[®])
 - Хлоргексидин глюконат и цетримид, различных концентраций, по меньшей мере 2% (напр., Savlon)

- Йод (3%); водный или спиртовой раствор (настойка йода)
- Йодофоры (7.5–10%), различные другие концентрации (напр., Betadine)
- Хлороксиленол (Парахлорометаксиленол или ПХМК) (0,5–3,75%), разные другие концентрации (напр., Dettol)
- Тщательно протрите кожу смоченным в антисептике ватным или марлевым тампоном, держа тампон сухим, глубоко дезинфицированным пинцетом. Двигайтесь от центра к периферии операционного поля на несколько сантиметров. Круговые движения от центра помогают предотвратить вторичную контаминацию операционного поля местными бактериями кожи.

Примечание: Ватные или марлевые тампоны не обязательно делать из стерильных материалов. Чистые новые (не подвергнутые повторной обработке) ватные или марлевые тампоны могут быть использованы, так как они не содержат вредных микроорганизмов и будут прикасаться только к некритическим (неповрежденная кожа) или полукритическим (слизистым) оболочкам

- Прежде чем начинать процедуру, обождите достаточно времени, чтобы антисептик эффективно подействовал. При использовании йодофоров необходимо подождать две минуты или пока кожа не высохнет, прежде чем начать процедуру, потому что активное вещество (свободный йод) высвобождается медленно

Примечание: Не позволяйте антисептику стекать под тело пациента - это может вызвать раздражение кожи.

Инструкции по обработке слизистых оболочек:

- **Не используйте спирты или спиртосодержащие растворы,** Спирты обжигают, они также сушат и раздражают слизистые оболочки, что, в свою очередь, способствует росту микроорганизмов.
- Спросите пациентку об **аллергических реакциях** (напр., на йод) перед тем, как выбрать антисептический раствор.
- При видимом загрязнении, тщательно вымойте слизистую чистой водой, и высушите до нанесения антисептика.
- Если применяется йодофор, подождите 2 минуты, прежде чем начать процедуру.

6.2. Обработка кожи перед инъекцией

Согласно ВОЗ, протирание чистой кожи раствором антисептика перед инъекцией не является необходимым. Обзор микробиологических исследований не выявил свидетельств того, что протирание кожи антисептиком перед внутривенными, подкожными или внутримышечными инъекциями снижает риск инфекции.

Если место инъекции заметно загрязнено, вымойте мылом и водой и высушите чистым полотенцем, затем сделайте инъекцию.

Обработка кожи перед введением внутрисосудистых устройств

Использование внутрисосудистых устройств, как венозных, так и артериальных, для введения стерильных жидкостей, лекарственных препаратов и питательных продуктов, а также для наблюдения за ЦВД и другими гемодинамическими функциями, поразительно возросло за последнее десятилетие. Риск инфекции, связанной с использованием внутрисосудистых устройств, может быть снижен путем соблюдения рекомендованных практических мер по профилактике инфекций при введении устройств (напр., применение техники асептики) и правильном обращении с ними после введения.

6.3. Способы снижения риска внутрибольничных инфекций

Гигиена рук и перчатки

- Мойте руки, прежде чем прикоснуться к любой составной части системы для внутривенного вливания. (Если руки чистые, вы можете дезинфицировать их антисептическим средством для обработки рук.
- Вымойте руки или используйте безводное антисептическое средство на спиртовой основе после снятия перчаток.

Уход за участком введения катетера и повязки

- Если место введения иглы или катетера видимо загрязнено, обмойте его с мылом и чистой водой и высушите насухо перед нанесением антисептика для кожи.
- Используйте 2% хлоргексидин глюконат (предпочтительно), 10% повидон-йодин или 60–90% спирт для обработки кожи. При использовании повидон-йодина в качестве антисептического средства, дайте ему высохнуть после нанесения или подождите не менее 2 минут до введения катетера.
- Не наносите противомикробную мазь на место введения – это не снижает риск инфекции.
- Для покрытия места введения можно использовать прозрачные липкие пластыри, которые позволяют проверять место введения, стерильные или чистые марлевые повязки или хирургический лейкопластырь.
- Марлевые повязки могут быть оставлены на 72 часа, если держать их сухими. Их необходимо менять, как только они намокнут, загрязнятся или ослабнут. Покрытие прозрачной липкой лентой может оставаться на месте до 7 дней.

- Марлевые повязки или лейкопластыри необходимо менять при осмотре места введения.
- Участок, где введен катетер или игла, необходимо ежедневно пальпировать на болезненность.

Выбор места введения и чередование

- У взрослых предпочтение отдаётся венам кисти перед венами локтя, а вены локтя предпочтительнее, чем вены ноги или стопы. (Иглы и катетеры, введенные в вены ноги или стопы, вероятнее всего вызовут воспаление места введения или флебит).
- Чередование места введения после 72-96 часов сократит риск флебита или инфекции.
- Введение должно проводиться со всеми защитными мерами предосторожности (стерильные перчатки, халат, маска и наложение салфетки на место введения) в процедурном кабинете, а не в постели.
- Не меняйте без необходимости центральные венозные катетеры, периферально введенные венозные катетеры, катетеры для гемодиализа или легочные артериальные катетеры; чтобы предупредить инфекции, связанные с заменой катетера. Всегда оценивайте, насколько замена катетера необходима.

Для новорожденных, катетеры для пуповины должны быть удалены как можно раньше, но могут быть оставлены до 14 дней.

Замена жидкостей или систем для вливания:

- Меняйте бутылки или пластиковые пакеты с парентеральными растворами для внутривенного вливания каждые 24 часа.
- Меняйте бутылки или пластиковые пакеты с липидной эмульсией в течение 12 часов
- Системы для вливания должны немедленно меняться при повреждении и обычно через каждые 72 часа. (Если трубки разъединились, протрите место введения иглы или пластикового катетера 60-90% спиртом и присоедините его к новой системе для вливания).
- Трубки, используемые для вливания крови, компонентов крови или липидной эмульсии должны меняться в течение 24 часов

Помните: Не вводите незакреплённую иглу или катетер в вену, и не позволяйте крови капать на руку, локоть пациента, кровать и пол!

Помните: Жгут должен быть вымыт водой с мылом, промыт и высушен, если он видимо загрязнён, и обработан 0,5% раствором хлорамина или 60-90% раствором спирта после каждого пациента.

Помните: Точно запишите дату и время введения внутривенной системы и размер иглы на перевязочном материале.

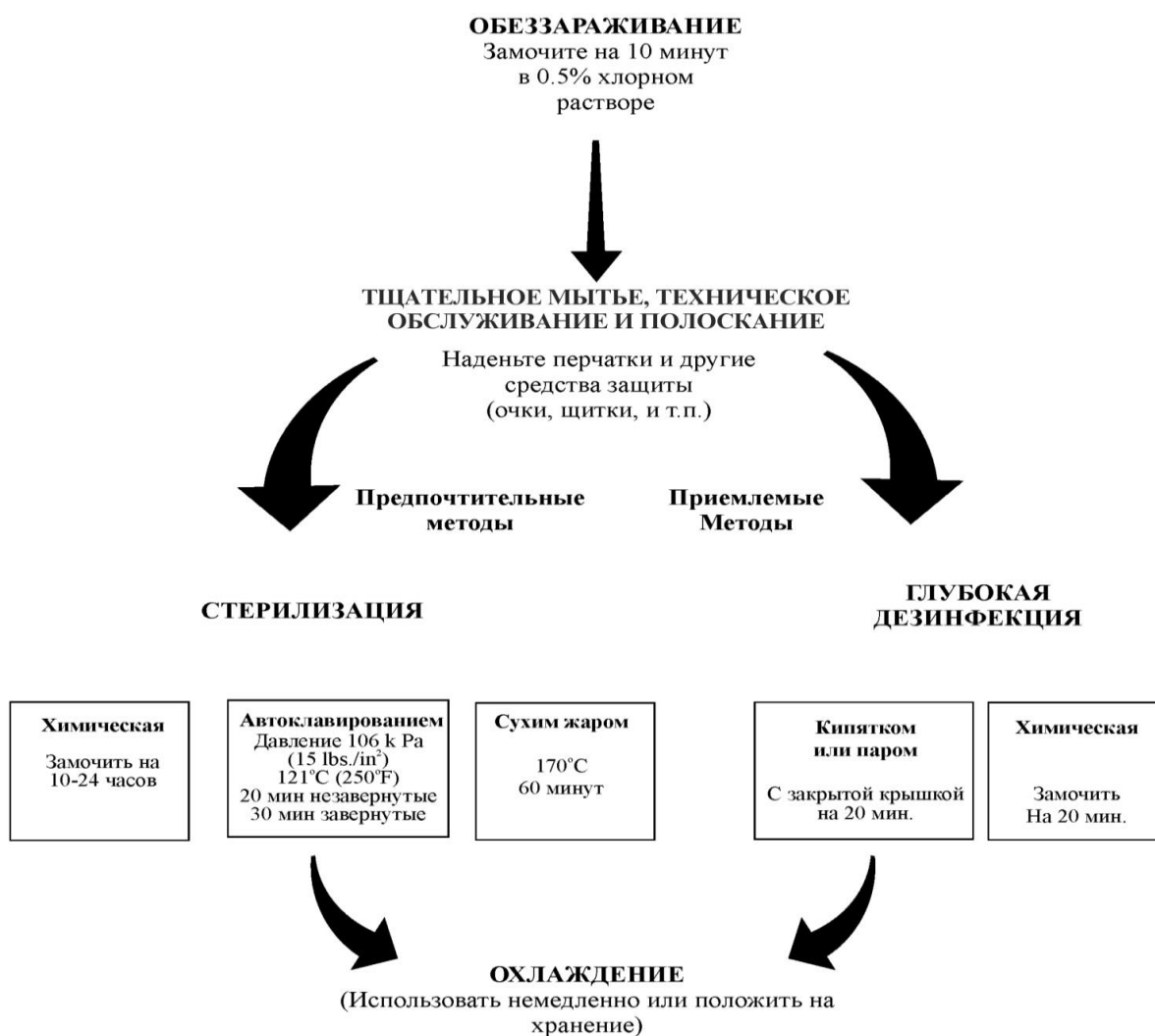
6.4. Хранение и отпуск антисептиков

Известны случаи контаминации **каждого** антисептического средства. Среди микроорганизмов, заражающих антисептические растворы - *Staphylococcus epidermidis* и *aureus*, грамотрицательные бациллы, *Pseudomonas aeruginosa*, и некоторые эндоспоры. Зараженные антисептики могут вызвать последующую инфекцию при применении для мытья рук или обработке кожи пациента. Нижеследующие меры могут предотвратить контаминацию антисептических растворов:

- Если антисептик не поставляется в мелкой расфасовке, переливайте антисептик в маленькие емкости для ежедневного использования. Это предотвращает испарение и контаминацию. Удостоверьтесь, что на емкости указано правильное название раствора каждый раз, когда вы наполняете ее. Не оставляйте марлю или вату в антисептике, поскольку это способствует контаминации.
- Установите рутинный график приготовления новых растворов и мытья емкостей для повторного пользования. (Риск контаминации растворов повышается после одной недели хранения). Не “дополняйте” дозаторы антисептических средств.
- Мойте многоразовые емкости мылом и чистой водой, прополощите кипяченой водой, если имеется, и оставьте сушиться перед повторным наполнением.
- Наклеивайте на емкости ярлыки с указанием времени каждый раз, когда их моют, сушат и вновь наполняют.
- Концентрированные антисептические растворы должны храниться в прохладном, сухом месте. Никогда не храните их под прямыми солнечными лучами или при высокой температуре (напр., на верхних полках в зданиях с железной крышей).

7. ОБРАБОТКА ИНСТРУМЕНТОВ

Рисунок 7-1. Ключевые моменты в обработке инструментов и других предметов



- **Деконтаминация/Обеззараживание.** Процесс, который делает неживые предметы более безопасными для персонала до мытья (т.е., инактивирует вирус гепатита В и С и ВИЧ и уменьшает, но не устраняет полностью, количество других инфицирующих микроорганизмов).
- **Мытье.** Процесс физического удаления всей видимой пыли, грязи, крови или других биологических жидкостей организма с неживых предметов, а также удаление достаточного числа микроорганизмов с целью сокращения риска для тех, кто касается кожи или обращается с предметами. Оно состоит в тщательном мытье с мылом или моющим средством и водой, споласкивании чистой водой и высушивании.

- **Техническое обслуживание** инструментов и оборудования. Это процесс текущего ремонта, проверка работоспособности, удаления коррозии, и при необходимости повторного использования повторное мытье, сушка, упаковка перед стерилизацией.
- **Глубокая дезинфекция (ГД).** Процесс, который устраняет все микроорганизмы, кроме некоторых бактериальных эндоспор с поверхности неживых объектов путем кипячения, обработки паром или применением химических дезинфицирующих средств.
- **Стерилизация.** Процесс, уничтожения всех микроорганизмов (бактерии, вирусы, грибки и паразиты), в том числе бактериальных эндоспор с неживых предметов паром под высоким давлением (автоклав), сухим жаром (термостат), химическими стерилизаторами или радиацией.

7.1. Деконтаминация/Обеззараживание

Деконтаминация является первым шагом в обработке загрязненных хирургических инструментов и других предметов. Необходимо деконтаминировать/обеззаразить эти предметы погружением в 0,5% хлорный раствор (или другой утвержденный к использованию дезинфекционный раствор) на 10 минут перед мытьем. Этот процесс быстро дезактивирует вирусы гепатита В и С и ВИЧ и делает дальнейшее обращение с этими предметами более безопасным для персонала, который занимается их обработкой.

- Оставьте на руках хирургические или экзаменационные перчатки после окончания процедуры или наденьте хозяйственные перчатки.
- Поместите все инструменты в 0,5% хлорный раствор на 10 минут немедленно после завершения процедуры.
- Если на ваших руках хирургические или экзаменационные перчатки, погрузите обе руки в перчатках в 0,5% хлорный раствор;
 - Снимите перчатки, выворачивая их наизнанку
 - Если перчатки одноразовые, поместите их в непротекаемый контейнер или плотный пластиковый мешок
 - Если перчатки будут подвергаться обработке, поместите их в 0,5% хлорный раствор на 10 минут для деконтаминации.
- Выбросьте отходы в непротекаемый контейнер или плотный пластиковый мешок
- Деконтаминируйте все поверхности, загрязненные в процессе процедуры, протерев их салфеткой, смоченной 0,5% хлорным раствором
- Извлеките инструменты из 0,5% хлорного раствора через 10 минут, и немедленно прополощите их прохладной водой для удаления

видимых органических загрязнений перед последующим тщательным мытьем. Рекомендуется помещать две емкости в процедурной комнате или операционном зале: одну наполненную 0,5% хлорным раствором, а вторую водой, так чтобы инструменты можно было переложить в воду через 10 минут для предупреждения коррозии. Помните, что нахождение инструментов в воде более одного часа может привести к их ржавлению.

- Меняйте дезинфекционный раствор ежедневно или чаще, если необходимо (меняйте, когда он становится мутным).

Советы относительно деконтаминации:

- Использование пластиковых емкостей предпочтительнее по следующим причинам
 - При соприкосновении с металлическими емкостями острые предметы (напр., ножницы) могут затупиться;
 - Между поверхностями металлических инструментов и металлических емкостей может возникнуть химическая реакция (электролиз), и как следствие – ржавчина на поверхности инструмента.
- Не замачивайте металлические инструменты с гальваническим покрытием (не 100% нержавеющая сталь) даже в простой воде более чем на час, так как они могут заржаветь.

Формула для приготовления разведенного раствора из любого концентрированного раствора хлора

Таблица 7-1. Формула для приготовления разведенного раствора из любого концентрированного раствора хлора

- Проверьте концентрацию (% концентрата) хлорного продукта, который вы используете.
- Определите требуемое число частей воды, используя нижеследующую формулу.

$$\text{Общее число частей (ОЧ) воды} = \left[\frac{\% \text{ концентрата}}{\% \text{ раствора}} \right] - 1$$

- Смешайте 1 часть концентрированного хлора с общим числом частей воды

Пример: Приготовить раствор (0,5%) из 5% концентрированного раствора

ШАГ 1: Вычислите ОЧ воды: $\left[\frac{5.0\%}{0.5\%} \right] - 1 = 10 - 1 = 9$

ШАГ 2: Возьмите 1 часть концентрированного раствора и добавьте 9 частей воды.

Формула для приготовления хлорного раствора из сухих порошков

Таблица 7-2. Формула для приготовления хлорного раствора из сухих порошков

Проверьте концентрацию (% концентрата) порошка, который вы используете.

Определите требуемое количество граммов хлора, используя нижеследующую формулу.

$$\text{Грамм/литр} = \left[\frac{\% \text{ раствора}}{\% \text{ концентрата}} \right] \times 1000$$

Смешайте требуемое количество хлора с 1 литром воды.

Пример: Приготовить разведенный хлор-высвобождающий раствор (0,5%) из концентрированного порошка (35%).

ШАГ 1: Вычислите грамм/литр:

$$\left[\frac{0,5\%}{35\%} \right] \times 1000 = 14,2 \text{ г/л}$$

ШАГ 2: Добавьте 14,2 грамм (□14 г) на 1 литр воды.

Примерное количество (в граммах), требуемое для приготовления 0,1% и 0,5% хлорсодержащих растворов из нескольких коммерчески доступных хлорсодержащих таблетированных и порошковых продуктов приводится в **Таблице 7-3.**

Таблица 7-3. Приготовление разведенных хлорных растворов из сухих порошков

АКТИВНЫЙ ХЛОР	0,5%	0,1%^б
Кальция гипохлорит (70% активного хлора)	7,1 г/л ^а	1,4 г/л
Кальция гипохлорит (35% активного хлора)	14,2 г/л	2,8 г/л

^а Для сухих порошков читайте: X граммов на литр (например: кальция гипохлорит – 7,1 грамм смешать с 1 литром воды).

^б Используйте кипяченую воду для приготовления 0,1% хлорного раствора для ГД, поскольку водопроводная вода содержит микроскопические органические вещества, которые дезактивируют хлор.

Помните: Цель деkontаминации – предохранить лиц, работающих с хирургическими инструментами и другими предметами, которые могли

контактировать с кровью или биологическими жидкостями, от серьезных заболеваний.

После деkontаминации инструментов и других предметов, их дальнейшая обработка становится безопасной. Эта обработка состоит из **мытья** и затем либо **стерилизации**, либо **глубокой дезинфекции**.

7.2. Мытье

Мытье важно потому, что оно является эффективным способом сокращения количества микроорганизмов, особенно эндоспор, которые вызывают столбняк, на загрязненных инструментах и оборудовании. Ни стерилизация, ни глубокая дезинфекция не эффективны без предварительного очищения.

Тщательное мытье с мылом и чистой водой также физически устраняет органические вещества, такие как кровь или биологические жидкости организма.

Использование мыла важно для эффективного очищения, поскольку вода сама по себе не удаляет белки, жиры и масла. Использование кускового мыла или порошков не рекомендуется, поскольку жирные кислоты, содержащиеся в кусковом мыле, вступают в реакцию с минералами в жесткой воде, оставляя осадок (нерастворимые соли кальция), которые трудно удалить. Использование жидкого мыла, при наличии, предпочтительнее, поскольку жидкое мыло легче растворяется в воде, чем кусковое мыло или порошковые моющие средства. Кроме того, жидкое мыло или моющие средства разрушают или растворяют жир, масла и другие инородные вещества в растворе, после чего их легче удалить при мытье.

Помните: Если предмет нельзя вымыть, его нельзя повторно применять и следует выбросить.

- Мойте инструменты мягкой щеткой в мыльной воде для удаления всех следов загрязнения – до тех пор, пока они не выглядят чистыми.
- Не применяйте абразивные очищающие средства (напр., Comet®) или металлические мочалки, поскольку эти продукты могут поцарапать металл или нержавеющей сталь. Эти царапины затем становятся рассадниками микроорганизмов, затрудняя мытье и повышая возможность коррозии (ржавления).
- После того, как инструмент вымыт необходимо внимательно посмотреть **под увеличительным** стеклом (лупой) при необходимости произвести **ремонт**, обработку точечных ржавчин, **проверка работоспособности** и **повторно** очистить после чего, его нужно прополоскать, высушить, упаковать, маркировать.

Тщательное прополаскивание **чистой** водой удаляет все остатки мыла, которые могут помешать эффективности стерилизации или ГД. После полоскания предметы следует высушить, особенно если предстоит стерилизация или глубокая дезинфекция с применением химических дезинфектантов. Вода, остающаяся на предметах (напр., хирургических инструментах), разбавляет раствор и может сделать процесс неэффективным.

- Надевайте **перчатки** во время обработки инструментов и оборудования (пригодны плотные хозяйственные или рабочие перчатки). Порванные или поврежденные перчатки следует выбрасывать; в остальных случаях их следует мыть и оставлять сушиться в конце дня для использования на следующий день.
- Надевайте средства для защиты глаз (**пластиковые защитные щитки, защитные очки**) и пластиковые фартуки при наличии, при мытье инструментов и оборудования для уменьшения риска попадания брызг контаминированных жидкостей в глаза и на тело.
- Для **предотвращения разбрызгивания**, держите промываемые вещи под поверхностью воды.
- **Инструменты** следует мыть мягкой щеткой (подходят старые зубные щетки) в мыльной воде, пока они не будут выглядеть чистыми. Особое внимание следует уделять инструментам, имеющим зубцы, соединения или винты, где могут скапливаться органические материалы. После мытья инструменты следует тщательно прополоскать чистой водой для удаления остатков моющего средства, которое может взаимодействовать с химическими дезинфектантами, используемыми для глубокой дезинфекции или стерилизации.

Помните: При мытье некритических инструментов, таких как манжеты аппаратов для измерения давления или стетоскопов, следует применять соответствующие дезинфектанты.

- **Резиновые и пластиковые трубки и шланги**, такие как трубки назогастрального аспиратора для новорожденных, следует повторно использовать только в том случае, если их можно тщательно промыть, прополоскать и высушить.
- **Ротовые и ректальные термометры** никогда не следует держать вместе, даже после мытья. Держите их в отдельных емкостях.

Помните: Многие моющие средства содержат аммиак, который может взаимодействовать с дезинфектантом(хлор), вызывая образование токсичных паров. Проверьте этикетку моющего средства, чтобы убедиться, что оно не содержит аммиака. (Иногда можно почувствовать запах аммиака при открывании упаковки).

7.3. Стерилизация

Стерилизация уничтожает все микроорганизмы, включая бактериальные эндоспores.

- Стерилизация должна применяться для инструментов других предметов, которые находятся в прямом контакте с кровотоком или стерильными в норме тканями. Это может быть достигнуто паром под высоким давлением (автоклав), сухим жаром (сухожаровой шкаф), химическими стерилизаторами (глутаральдегиды и др. либо физическими агентами (радиация). Поскольку стерилизация является процессом, а не единичным действием, для достижения стерилизации все компоненты должны выполняться надлежащим образом.

Стерилизацию следует проводить в строго отведенном месте (отделение централизованной стерилизации), т. е. необходимо иметь централизованное помещение и лицо, которое несет непосредственно ответственность за процесс стерилизации.

Чтобы стерилизация была **эффективной**, требуется **время, контакт, температура** и, в случае паровой стерилизации, **высокое давление**.

Помните: Хотя ополаскивание предмета спиртом с последующим поджиганием спичкой (воспламенение) иногда предлагается в качестве метода стерилизации, это не эффективно!

Стандартные условия тепловой стерилизации

Стерилизация паром (Гравитационное замещение):

- Температура должна достигать 121°C (250°F); давление - 106 кПа (15 ф/д²); 20 минут для не обернутых предметов; 30 минут для обернутых предметов. Либо при более высокой температуре 132°C (270°F), давление 30 ф/д²; 15 минут для обернутых предметов.
- Дайте всем предметам высохнуть, прежде чем вынимать их из автоклава.

Примечание: Установочные параметры давления (кПа или фунт/дюйм²) могут слегка различаться в зависимости от используемого стерилизатора. По возможности следуйте рекомендациям изготовителя.

Сухое тепло:

- 170°C (340°F) в течение 1 часа (общая продолжительность цикла – помещение инструментов в печь, нагревание до 170°C, прогревание в течение одного часа и затем охлаждение – занимает от 2 до 2,5 часов), либо
- 160°C (320°F) в течение 2 часов (общая продолжительность цикла от 3 до 3,5 часов).

Помните: Время воздействия начинается только после того, как печь достигла необходимой температуры.

Не перегружайте стерилизатор! Оставляйте, по меньшей мере, 7,5 см между предметами и стенками стерилизатора. Перегруз влияет на конвекцию тепла и увеличивает время, необходимое для стерилизации.

Стерилизация автоклавированием

• **Стерилизация паром под высоким давлением** является эффективным методом стерилизации, но ее труднее всего правильно выполнять. Автоклавирование обычно выбирается для стерилизации инструментов и других предметов в медицинских учреждениях. Если нет специфического указания изготовителя, что это безопасно, не помещайте инструменты или предметы, сделанные из пластика или резины, в автоклав, так как они расплавятся.

Там, где есть проблемы с электроэнергией, инструменты можно стерилизовать в неэлектрическом паровом стерилизаторе с использованием керосина в качестве источника тепла.

- Заверните инструменты в два слоя свежесывиранной ткани или бумаги, используя методику заворачивания конвертом или квадратом.
- Расположить упаковки на полке так, чтобы обеспечить свободную циркуляцию и проникновение пара во все участки. В больших стерилизаторах, имеющих тележки, упаковки должны быть уложены на тележку и затем помещены в стерилизатор.
- Стерилизовать завернутые предметы в течение 30 минут, не завернутые – 20 минут. Использовать таймер для отсчета времени. Температура должна быть 121°C (250°F), давление 106 кПа.
- Подождать 30 минут (или до тех пор, пока манометр покажет ноль), чтобы стерилизатор достаточно остыл, затем открыть крышку или дверь стерилизатора на 15-16 см.
- Дайте возможность инструментам полностью высохнуть перед тем как их вынимать, для чего может потребоваться еще 30 минут. Если мокрые или влажные упаковки прикоснутся к нестерильному предмету или поверхности, их необходимо будет снова автоклавировать. Завернутые инструменты считаются не прошедшими стерилизацию, если после извлечения их из камеры снаружи свертка присутствуют капельки воды или видимая влага.
- Для предотвращения конденсации, кладите извлеченные из камеры стерильные лотки и пакеты на поверхность, застеленную бумагой или тканью.
- Дайте возможность упаковкам достичь комнатной температуры перед укладыванием их на хранение

- Запишите условия стерилизации (время, температура и давление) в журнале
- Каждая загрузка должна наблюдаться с применением механических (время, температура и давление) и химических (внутренние и наружные химические индикаторные ленты)
- Автоклавы должны проверяться ежедневно тестом на удаление воздуха (тест Бовие-Дика)
- Автоклавы должны тестироваться еженедельно с использованием биологических индикаторов

Стерилизация сухим жаром

- Уложите металлические инструменты или стеклянные шприцы в металлический контейнер с крышкой, накройте крышкой
- Если нет указания изготовителя что это безопасно, пластиковые и резиновые предметы нельзя подвергать стерилизации сухим жаром, потому что они расплавятся
- Поместите закрытые контейнеры в печь и нагрейте до 170°C или 160°C
- **После достижения необходимой температуры** начинайте отсчет времени. Рекомендуются следующие соотношения температуры и времени:

170°C (340°F)	60 минут
160°C (320°F)	120 минут
150°C (300°F)	150 минут
140°C (285°F)	180 минут
121°C (250°F)	Всю ночь

- Остывший контейнер можно вынуть и положить на хранение

Помните: Применяйте сухой жар только для предметов, которые могут выдержать температуру в 170°C (340°F)

Помните: Иглы и другие инструменты с режущими краями должны стерилизоваться при более низких температурах (160°C /320°F), т.к. более высокие температуры могут нарушить остроту режущих краев

Химическая стерилизация

- Приготовьте свежий раствор химического вещества для стерилизации как указано в инструкции производителя, или проверьте готовый раствор на годность.
- Погрузите вымытые и высушенные предметы в 2-4% раствор глютаральдегида (Cidex®) или Орто-фталальдегид(ОРА) или Надуксусная кислота или 8% раствор формальдегида, полностью покрывая все предметы. Применение формальдегида допускается,

но не рекомендуется, так как он сильно раздражает кожу, глаза и дыхательные пути и классифицируется как потенциальный канцероген.

- Накройте контейнер и оставьте замоченные предметы на 10 часов в растворе глютаральдегида или как минимум на 24 часа в формальдегиде.
- Вынимайте предметы из химического раствора в стерильных перчатках или стерильным пинцетом или захватом
- Тщательно прополощите предметы **стерильной** водой для удаления **всех** следов химического препарата.
- Используйте предметы немедленно или положите их в стерильный, закрытый контейнер.

Помните: Не рекомендуется химическая стерилизация подкожных игл и шприцев, потому что химические осадки, которые могут остаться даже после многократного прополаскивания кипяченой водой, могут повлиять на действие инъеклируемых лекарств.

7.4. Глубокая дезинфекция

- Хотя стерилизация является самым безопасным и эффективным методом окончательной обработки инструментов, оборудование для стерилизации зачастую либо недоступно, либо непригодно. В таких случаях ГД является единственной приемлемой альтернативой. Процесс ГД разрушает все микроорганизмы (включая вегетативные бактерии, туберкулезную палочку, дрожжи и вирусы), за исключением некоторых бактериальных эндоспор.
- Глубокая дезинфекция может быть достигнута кипячением в воде, обработкой горячим паром (влажное тепло) либо замачиванием инструментов в различных химических дезинфектантах. Для достижения эффективности, все этапы при проведении каждого из методов должны тщательно контролироваться.

Глубокая дезинфекция кипячением

Кипячение в воде является эффективным, практичным способом глубокой дезинфекции инструментов и других предметов. Хотя кипячение инструментов в воде в течение 20 минут убивает все вегетативные формы бактерий, вирусов (в том числе гепатита В и С, и ВИЧ), дрожжи и грибки, кипячение **не способно надежно уничтожить все эндоспоры.**

Помните: Легкого бурления достаточно, это предотвратит сталкивание инструментов и других предметов друг с другом и со стенками бака для кипячения и, тем самым, их повреждение.

Как продлить срок службы инструментов, подвергающихся частому кипячению

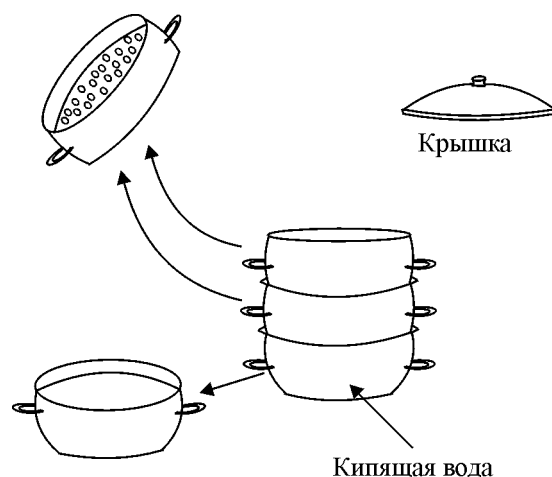
На металлических инструментах, подвергающихся частому кипячению, может отложиться накипь. Этих отложений, вызванных известковыми солями воды, трудно избежать. Для сведения этих отложений к минимуму, необходимо выполнять нижеследующие рекомендации:

- Перед использованием, кипятите воду в течение 10 минут в начале каждого дня. (Это приведет к осаждению большей части известковых отложений на стенках бака для кипячения до того, как в него будут помещены предметы.)
- Пользуйтесь той же водой в течение всего дня, добавляя лишь необходимое количество, чтобы поддерживать уровень воды, по меньшей мере, на 2,5 см выше подвергающихся глубокой дезинфекции инструментов. (Частое сливание и замена воды, а также слишком бурное кипение, увеличивают риск образования отложений на инструментах.)
- Сливайте воду и мойте бойлер или бак в конце каждого дня, чтобы удалять известковые отложения.

Обработка паром

Как при кипячении, так и при обработке паром, для уничтожения микроорганизмов используется влажное тепло. При выборе способа окончательной обработки предметов, таких как пластиковые канюли и шприцы, **обработка паром имеет несколько явных преимуществ над кипячением.** Она действует менее разрушающе на предметы и, поскольку нуждается в меньшем количестве топлива и воды, чем кипячение, более экономична. Например, для обработки инструментов нужен только 1 литр воды, в то время как для кипячения требуется 4-5 литров. Не происходит также изменения цвета инструментов от солей кальция или тяжелых металлов, содержащихся порой в водопроводной воде, поскольку пар содержит только молекулы чистой воды. И, наконец, хотя кипячение и обработка паром одинаково легко осуществимы, при кипячении не решена проблема высушивания предметов, поскольку трудно предупредить контаминацию во время сушки на воздухе. При паровой обработке, поскольку они находятся в закрытой паровой кастрюле, предметы менее подвержены контаминации. Для того, чтобы обработка паром была эффективной, нижний поддон или кастрюля должны содержать достаточно воды, для того, чтобы вода кипела на протяжении всего процесса.

Рисунок 7-2. Паровая кастрюля, используемая для ГД (мантушница)



Химическая дезинфекция

Хотя в большинстве стран имеется большое количество коммерчески доступных дезинфектантов, для глубокой дезинфекции обычно используются: **хлор, глутаральдегиды, ортофталальдегид (ОРА), диоксид хлор, надуксусная кислота, формальдегид и перекись водорода.** (В Таблице 8-3 даются указания по приготовлению и использованию этих дезинфектантов.) Глубокая дезинфекция с помощью этих химикатов может быть достигнута при условии тщательного мытья предметов перед погружением в дезинфицирующий раствор. При выборе глубоких дезинфектантов следует основываться на специфике подлежащих дезинфекции предметов, физического пространства (напр., наличие хорошо проветриваемых помещений) и умении персонала производить эти процедуры.

Таблица 7-4. Приготовление и применение химических дезинфектантов

ХИМИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ СТЕРИЛИЗАЦИИ И ГЛУБОКОЙ ДЕЗИНФЕКЦИИ

<i>Дезинфектант (бытовой раствор или торговая марка)</i>	<i>Эффективная концентрация</i>	<i>Как разводить</i>	<i>Раздражитель кожи</i>	<i>Раздражитель глаз</i>	<i>Респираторный раздражитель</i>	<i>Коррозийный</i>	<i>Оставляет осадок</i>	<i>Время для ГД</i>	<i>Время для стерилизации</i>	<i>Активный срок хранения^с</i>
Хлор	0,1%	Процедура разведения разная ^б	Да (при продолжительном контакте)	Да	Да	Да ^с	Да	20 минут	Не используется	Меняйте каждые 14 дней; раньше при помутнении.
Формальдегид (35-40%)	8%	1 часть 35-40% р-ра на 4 части кипяченой воды	Да	Да	Да	Нет	Да	20 минут	24 часа	Меняйте каждые 14 дней; раньше при помутнении.
Глютаральдегид (Cidex, ОРА и др.)	Разная (2-4%)	Добавьте активатор	Да	Да (пары)	Да	Нет	Да	20 минут при 25°С ^д	10 часов для Cidex	Меняйте каждые 14-28 дней; раньше при помутнении.
Перекись водорода (30%)	6%	1 часть 30% р-ра на 4 части кипяченой воды	Да	Да	Нет	Да	Нет	20 минут	Не используется	Меняйте ежедневно; раньше при помутнении.
ХИМИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ДЕЗИНФЕКЦИИ										
<i>(спирты и йодофоры не являются глубокими дезинфектантами)</i>										
Спирт (этиловый или изопропиловый)	60-90%	Использовать концентрированным	Да (сушит кожу)	Да	Нет	Нет	Нет	Не используйте	Не используется	Если емкость (бутылка) хранится закрытой, пользуйтесь, пока

										не кончится.
Йодофоры (10% повидон йодин) (ПВИ)	Применено 2,5%	1 часть 10% ПВИ на 3 части воды	Нет	Да	Нет	Да	Да	Не используйте	Не используйте	Если емкость (бутылка) хранится закрытой, пользуйтесь, пока не кончится.
<p>^a Все химические дезинфектанты являются тепло- и светочувствительными и должны храниться вдали от прямого солнечного света и в прохладном месте (<40°C).</p> <p>^b См. Таблицы 7-1 и 7-2 для инструкций по приготовлению хлорного раствора.</p> <p>^c Коррозийны только при продолжительном (>20 минут) контакте при концентрациях >0,5% , если немедленно не прополоскать кипяченой водой.</p> <p>^d Различные коммерческие препараты Cidex и другие глютаральдегиды эффективны при более низких температурах (20°C) и имеют более длительный срок хранения. Всегда сверяйтесь с инструкциями изготовителя.</p>										

Помните: Химическая ГД игл и шприцев не рекомендуется, потому что остатки химиката, остающиеся даже после повторного полоскания кипяченой водой, могут взаимодействовать с вводимым лекарством.

Как подготовить емкость для глубокой дезинфекции.

- Для небольших емкостей, кипятите воду в закрытой емкости в течение 20 минут. Слейте воду, которую можно использовать для других целей, вновь закройте крышкой и оставьте высыхать.
- Иначе, и также для больших емкостей, наполните пластиковую емкость 0,5% раствором хлора и опустите в этот раствор также и крышку. Замачивайте в течение 20 минут (хлорный раствор можно затем перелить в другую емкость и вновь использовать). Трижды прополощите крышку и внутренние поверхности емкости кипяченой водой и оставьте высыхать на воздухе.инструкция

Хранение дезинфектантов

- Химические дезинфектанты следует хранить в прохладном, темном, проветриваемом месте.
- Не храните химикаты на солнечном свете или в чрезмерном тепле (напр., на верхних полках в здании, покрытом жестяной крышей).

Утилизация использованных химических емкостей

- **Стеклянные емкости** можно вымыть моющим средством, прополоскать, высушить и снова пользоваться. Или хорошо прополоскать (по крайней мере, дважды) водой и удалить путем захоронения.

- **Пластиковые емкости**, использовавшиеся для токсичных растворов, таких как глютаральдегиды или формальдегид, следует прополоскать (по крайней мере, трижды) водой и удалить путем сжигания или захоронения.

Удаление использованных химикатов

Осторожно слейте отходы в трубу хозяйственной раковины или унитаза и промойте или спустите воду. Жидкие отходы можно также выливать в уборную. Избегайте разбрызгивания. Сполосните унитаз или раковину водой для полного удаления отходов.

Антисептики, которые не должны применяться в качестве дезинфектантов, Они не уничтожают бактерии, вирусы и эндоспores с достаточной надежностью.

- Производные акридина (напр., генциан виолет)
- Цетримид (напр., Cetavlon®)
- Хлоргексидин глюконат и цетримид в различных концентрациях (напр., Savlon)
- Хлоргексидин глюконат (напр., Hibiscrub®, Hibitane®)
- Хлорная известь и борная кислота (напр., Eusol®)
- Хлороксиленол (напр., Dettol®)
- Гексахлорофен (напр., рНisoHex®)
- Составы, содержащие ртуть
- **Ртутные растворы** (такие как лаурил ртути), хотя и являются дезинфектантами низкого уровня, **вызывают врожденные пороки** и слишком токсичны для использования, как в качестве дезинфектантов, так и в качестве антисептиков.
- Другие продукты, часто используемые для дезинфекции оборудования, включают 1–2% фенол (напр., Phenol®), 5% карболовую кислоту (Lysol®) и хлорид бензалкония, четвертичный аммоний (Zephiran®). Это слабые дезинфектанты и должны использоваться только для обеззараживания поверхностей (напр., полов и стен).

7.5. Хранение стерильных или ГД предметов

Срок сохранения стерильности зависит от следующих факторов:

- Качество обертки или емкости
- Сколько раз прикасались к пакету до его использования
- Количество людей, которые имели дело с пакетом

- Хранится ли пакет на открытых или закрытых полках
- Условия в зоне хранения (напр., влажность и чистота)
- Применение пластиковых пылезащитных чехлов и метод запечатывания

Предмет остается стерильным до тех пор, пока что-нибудь не вызовет контаминацию упаковки или емкости. Время, прошедшее со времени стерилизации, не является решающим фактором. Таким обстоятельством может быть разрыв упаковки, или увлажнение или что-либо еще, что будет способствовать проникновению микроорганизмов в пакет или емкость. Это может случиться в любое время.

- Используйте и храните инструмент в соответствии с методом их обработки, поддерживая как минимум тот же уровень чистоты.
- Все предметы должны храниться в таком месте и таким образом, чтобы все упаковки и емкости были защищены от пыли, влаги, животных и насекомых. Лучше всего организовать отдельную закрытую зону, с ограниченным доступом, для хранения стерильных и чистых запасов для ухода за пациентами и расположить эту зону рядом с местом стерилизации.
- Содержите зону для хранения чистой, сухой, без пыли и волокон.
- Контролируйте температуру и влажность (примерная температура 24°C и относительная влажность <70%),
- Упаковки и емкости со стерильными (или глубоко дезинфицированными) предметами должны храниться на расстоянии 20–25 см от пола, 45–50 см от потолка и 15–20 см от внешней стены.
- Не используйте картонные коробки для хранения. С картонных коробок сыплется пыль и сор, в них могут завестись насекомые.
- Помечайте дату и чередуйте запасы (те, что поступили раньше, используются в первую очередь). Этот процесс служит напоминанием, но не гарантирует стерильность упаковок.
- Распределяйте стерильные и глубоко дезинфицированные предметы с этой зоны.
- Прежде, чем использовать любой стерильный предмет, осмотрите пакет, для того, чтобы удостовериться, что обертка не повреждена, пакет запечатан, что он чистый и сухой (и не имеет влажных пятен).
- В некоторых медицинских учреждениях, где замена запасов ограничена, и ткань, употребляемая для обертывания, плохого качества, время в качестве ограничивающего фактора тоже может служить для определения безопасных пределов. Если не имеется пластиковых чехлов (пакетов) для хранения стерильных предметов,

ограничение срока хранения определенным периодом времени (напр., 1 месяц) может быть приемлемым решением, при условии, что пакеты остаются сухими и неповрежденными.

8. ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЮДСКОГО ПОТОКА И ЗОН ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Важной задачей профилактики инфекций является минимизация уровня микробного загрязнения в зонах, где осуществляется уход за пациентами и обработка инструментов. Такими зонами считаются:

- **Процедурные помещения**, где проводится осмотр пациентов, и осуществляются процедуры (например, катетеризация сосудов, обработка ран, забор крови, гинекологический осмотр, вакцинация, введение и удаление ВМС, нормальные роды и прочие).
- **Хирургические отделения**, где проводятся большие и малые операции. Хирургическое помещение включает предоперационную и послеоперационную палаты, а также несколько других помещений, включая реанимационное отделение.
- **Рабочие зоны**, где обрабатываются инструменты. Сюда входят грязные и чистые зоны, где загрязненные инструменты, оборудование и другие предметы сначала очищаются (моются), затем или глубоко дезинфицируются или стерилизуются, и хранятся (рабочая зона должна быть в составе ЦСО либо быть частью хирургического отделения в зависимости от уровня медицинского учреждения).

Установите в каждой зоне указательные знаки, чтобы четко обозначить надлежащий контроль над объектами окружающей среды и требуемую форму одежды.

В этих зонах важно направлять деятельность и людской поток, чтобы отделить контаминированные зоны от зон, где осуществляются процедуры.

8.1. Процедурные помещения (включая родильные залы)

- Необходимо ограничить постоянный людской поток, предоставив доступ только для уполномоченных медработников, пациентов, и их родственников.
- Вход в процедурный кабинет позволить только пациентам и медработникам, производящим процедуру и ассистирующим. Необходимо ограничить число членов семьи при процедурах.

- Пациентам можно носить свою собственную чистую одежду.
- Разрешается посещение терапевтических, хирургических пациентов, беременных, рожениц, родильниц, новорожденных детей
- При наличии условий (индивидуальные родильные залы) разрешается присутствие партнера (компаньона)

8.2 Хирургическое отделение

Зона неограниченного доступа

- Эта зона, изолированная от остальных зон хирургического отделения, представляет собой вход из основного коридора. Через эту зону медработники, пациенты и материалы входят в хирургическое отделение.
- В этой зоне допускаются посещения ограниченного числа родственников (компаньонов) в соответствующей одежде, когда манипуляции и процедуры не проводятся.

Переходная (транзитная) зона

- Эта зона состоит в основном из раздевалок и шкафчиков. Здесь медработники надевают хирургические костюмы, в которых они смогут перейти из неограниченной зоны хирургического отделения в полуограниченную или ограниченную. В эту область доступ предоставляется только уполномоченному медперсоналу.

Полуограниченная зона

- Это область периферийной поддержки хирургического отделения, включающая в себя предоперационную и послеоперационную палаты, место хранения стерильных и глубоко продезинфицированных предметов, а также коридоры, ведущие в ограниченную область.
- Ограничить постоянный доступ для уполномоченного медперсонала и пациентов.
- Персонал, работающий в этой зоне, должен носить специальную хирургическую одежду и колпаки.
- Персонал должен носить чистую, закрытую обувь для защиты ног от попадания жидкостей и от падающих предметов.
- Ношение шлёпанцев или сандалий не приемлемо, т.к. они не защищают от падающих острых предметов.

Зона ограниченного доступа

- Это область состоит из операционной(-ых) и зоны для хирургической обработки рук

Ограничить постоянный доступ для уполномоченного медперсонала и пациентов.

Двери всегда должны быть закрытыми, кроме моментов, когда происходит движение медперсонала, пациентов, оборудования и инвентаря.

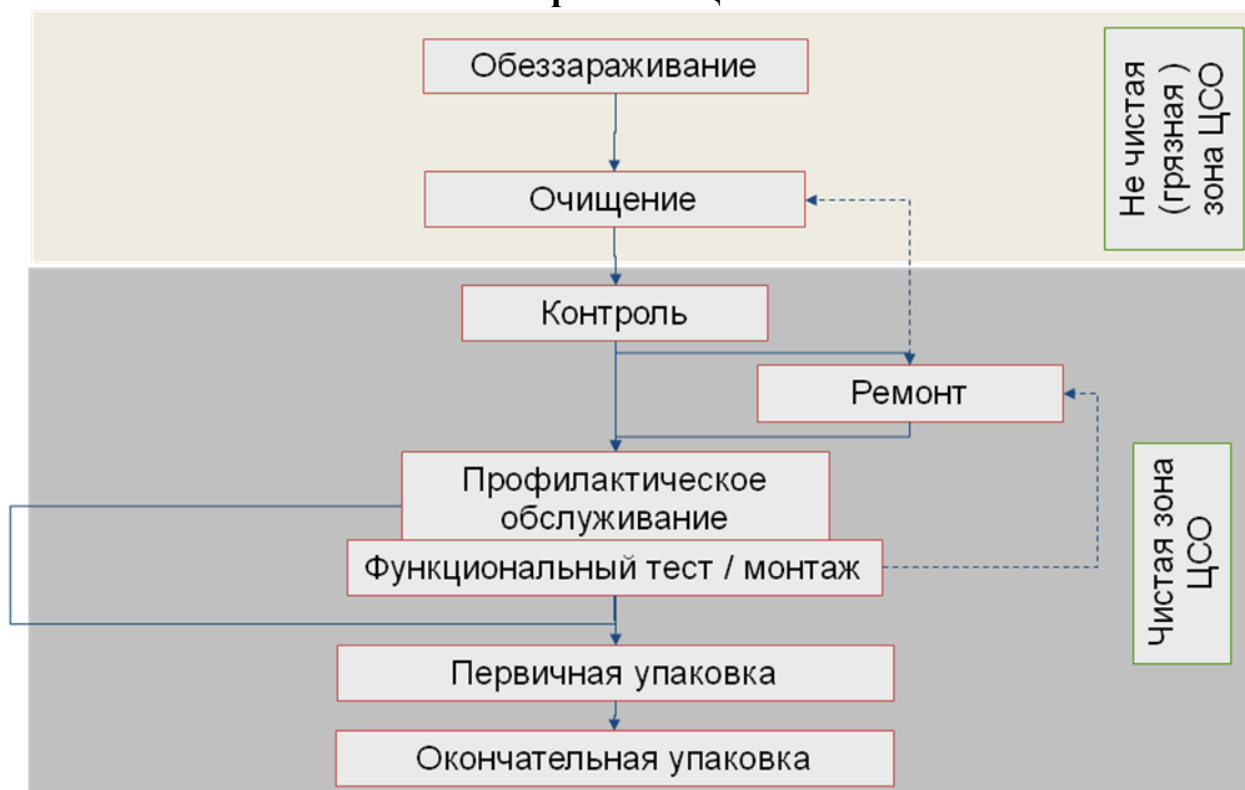
Медперсонал, прошедший процедуру хирургического мытья, должен надеть полный комплект хирургической одежды, покрыв голову и волосные части лица хирургической шапочкой и маской.

- Никогда не храните инструменты и другие предметы в операционной
- Пациенты, входящие в хирургическое отделение, должны быть одеты в чистый халат, или накрыты чистой простыней, волосы должны быть закрыты.
- Пациентам во время транспортировки маски носить не нужно (если только не требуется принятия мер предосторожности против болезней, передающихся воздушным путем).

8.3. Рабочая зона

В зависимости от размера и типа медицинского учреждения, рабочая зона для обработки инструментов должна быть в составе ЦСО если это учреждение I или II уровня оказания медицинской помощи, либо может быть частью хирургического отделения первичного звена (номерная больница, амбулаторное звено). Для получения подробной информации о работе ЦСО и обработке инструментов смотрите руководство по обработке инструментов.

Схема работы ЦСО



Запомните: Доступ в рабочую зону предоставляется только уполномоченному персоналу (работникам ЦСО).

- В рабочей зоне, где обрабатываются инструменты и оборудование должен работать персонал, специально обученный обращению, обработке инструментов, оборудования и других предметов подлежащих обеззараживанию, стерилизации или глубокой дезинфекции.
- ЦСО считается полуограниченной областью, поэтому здесь должны соблюдаться все рекомендации по схеме потока движения и соответствующей форме одежды, описанные выше.
- Администрация должна разработать схему движения, исключающую контакт контаминированных предметов с чистыми дезинфицированными или стерильными предметами.
- Персонал зоны приема/ мытья должен носить СИЗ- влагонепроницаемые фартуки, хозяйственные перчатки и защитные очки или щитки для лица.
- Персонал, входящий в чистую рабочую зону, должен переодеваться в соответствующую одежду.
- Если инвентарь предназначен для операционной, то при доставке работник за пределами зоны должен передать их через дверь другому работнику внутри операционной

9. ОРГАНИЗАЦИЯ СБОРА И УДАЛЕНИЯ ОТХОДОВ

9.1. Обращение с отходами внутри больницы или клиники

Необходимо соблюдать правила обращения с отходами в условиях больницы или клиники, даже до того, как их собирают для сжигания, захоронения, или уничтожения другим способом (автоклавированием), чтобы предохранить пациентов, медработников, и население. Отходы больниц и медицинских учреждений делятся на контаминированные (потенциально заразные) и неконтаминированные.

Примерно 85% всех отходов больниц и клиник являются **неконтаминированными** отходами и не представляют риска заражения для контактирующего с ними персонала. Примерами неконтаминированных отходов являются бумага, мусор, коробки, бутылки, пластмассовые контейнеры и пища. Их можно уничтожать обычными способами. Если уничтожаются вне больничной территории, неконтаминированные отходы должны регулярно (каждые 1-2 дня) собираться местными коммунальными службами и увозиться на местные свалки или места сброса отходов.

Контаминированные отходы потенциально инфицированы или токсичны, и представляют опасность для персонала и населения, если не удалены надлежащим образом. Контаминированные отходы включают кровь, гной, мочу, испражнения и прочие биологические жидкости организма, а также контактировавшие с ними предметы, такие как использованный перевязочный материал. Отходы, поступающие из операционного отделения (биологические ткани, кровь или окровавленные марлевые или ватные тампоны) и лабораторий (образцы крови, кала, мокроты, мочи и микробиологические культуры), следует считать контаминированными. Контаминированные отходы должны быть сожжены или захоронены в специально определенном для этого месте.

В условиях больницы, следующие предметы являются опасными в силу потенциального ущерба, который они могут нанести окружающей среде:

- химические и фармацевтические отходы (напр., банки, бутылки, флаконы или коробки, содержащие препараты и вакцины с истекшим сроком хранения, лабораторные реактивы и дезинфектанты, такие как формальдегид и глутаральдегид, и органические растворители, такие как ацетон и хлороформ);
- цитотоксические отходы (напр., препараты, обычно используемые в химиотерапии рака);
- отходы с высоким содержанием тяжелых металлов (напр., ртуть из разбитых термометров, аппаратов для измерения артериального

давления или стоматологических материалов, и кадмий из выброшенных батареек); и

- непригодная для вторичной утилизации и выброшенная аэрозольная тара (аэрозольные баллончики), которые опасны при сжигании, так как они могут взорваться.

Разделяйте отходы на контаминированные и неконтаминированные на месте их возникновения, чтобы уменьшить количество контаминированных отходов.

Помните: Никогда не пытайтесь отделить неконтаминированные отходы от контаминированных, или воспламеняющиеся от невоспламеняющихся, после того как они были смешаны.

Твердые контаминированные отходы

- Удаляйте контаминированные отходы отдельно от неконтаминированных, так как только первые требуют специального обращения
- **Контаминированные отходы должны удаляться во время или немедленно после процедуры.**
- Используйте пластмассовые или оцинкованные металлические непротекаемые контейнеры с плотно закрывающимися крышками
- В вашем распоряжении должно быть достаточное количество контейнеров для сбора отходов, удобно расположенных для того, чтобы минимизировать необходимость переноса контаминированных отходов с места на место.
- Все, кто прикасается к контейнерам для сбора отходов, должны одевать плотные (хозяйственные) резиновые перчатки и, по обстоятельствам, другие средства индивидуальной защиты

Жидкие контаминированные отходы

- Надевайте средства индивидуальной защиты (хозяйственные перчатки, защитные очки и пластиковые фартуки) при обращении и транспортировке жидких отходов, чтобы предохранить себя от брызг
- Осторожно вылейте отходы в хозяйственную раковину или унитаз, имеющий сливной бачок и тщательно смойте водой для удаления остатков отходов в раковине или унитазе. Избегайте разбрызгивания
- Если канализационной системы не имеется, сливайте жидкости в глубокую закрытую яму, а не в открытые канавы
- Деконтаминируйте емкости для сбора биологических жидкостей для анализов погружая их перед мытьем в 0,5% хлорный раствор на 10 минут
- Снимите хозяйственные перчатки (мойте их ежедневно или когда они заметно загрязнены и высушивайте).

- Вымойте и высушите руки или протрите антисептическим средством, как описано выше.
- Жидкие отходы можно также выливать в дворовые уборные.

Советы по удалению острых предметов (также смотрите раздел по безопасному обращению со шприцами и иглами)

Основная цель удаления острых предметов – предупреждение потенциального ранения и заражения из-за контакта с контаминированным острым объектом

- До начала любой процедуры, в которой используются острые предметы, определите пути их безопасного удаления после использования
- Разработайте такие рабочие методики, которые сводят к минимуму ненужные манипуляции с острыми предметами
- Выбрасывайте острые предметы острием вперед в непротыкаемые контейнеры или коробку безопасной утилизации.
- Убедитесь, что контейнеры для удаления острых предметов расположены в местах **ПЕРЕД** началом процедуры
- В помещениях, где возможно присутствие посетителей, контейнеры должны быть недосягаемы для детей
- Не надевайте колпачок на иглу повторно и не разбирайте иглу и шприц
- Запечатайте и уничтожьте контейнер с острыми предметами, когда он заполнится на три четверти
- Не прижимайте контейнер с острыми предметами к телу во время переноски или запечатывания
- Не пытайтесь открыть запечатанный контейнер с острыми предметами.

9.2. Сжигание, захоронение и автоклавирование отходов

Правильное уничтожение контаминированных отходов уменьшает передачу инфекций медицинскому персоналу и населению. Контаминированные отходы должны быть сожжены (предпочтительно) и/или захоронены или автоклавированы. Как мусоросжигатель, так и место захоронения должны быть огорожены забором с воротами, который закрывается на замок, чтобы в зону не проникали животные и дети.

Нужно избегать сваливания отходов в открытые кучи, так как они:

- Представляют собой риск инфекции и пожара
- Источают плохой запах
- Привлекают насекомых.

Советы по удалению отходов

- Используйте плотные (хозяйственные) перчатки и соответствующие средства индивидуальной защиты всегда, когда обращаетесь с отходами
- Всегда мойте руки после контакта с отходами
- Обращайтесь с отходами осторожно, чтобы предотвратить разливание и брызги
- Не пересыпайте/переливайте контаминированные отходы из одного контейнера в другой
- Сжигание является предпочтительным методом для уничтожения отходов, так как высокая температура разрушает микроорганизмы и предупреждает повторное использование выброшенных предметов
- Если ни высоко-, ни низкотемпературное сжигание невозможно, тогда захоронение со всеми мерами предосторожности является приемлемой альтернативой.

Как ликвидировать использованную химическую тару

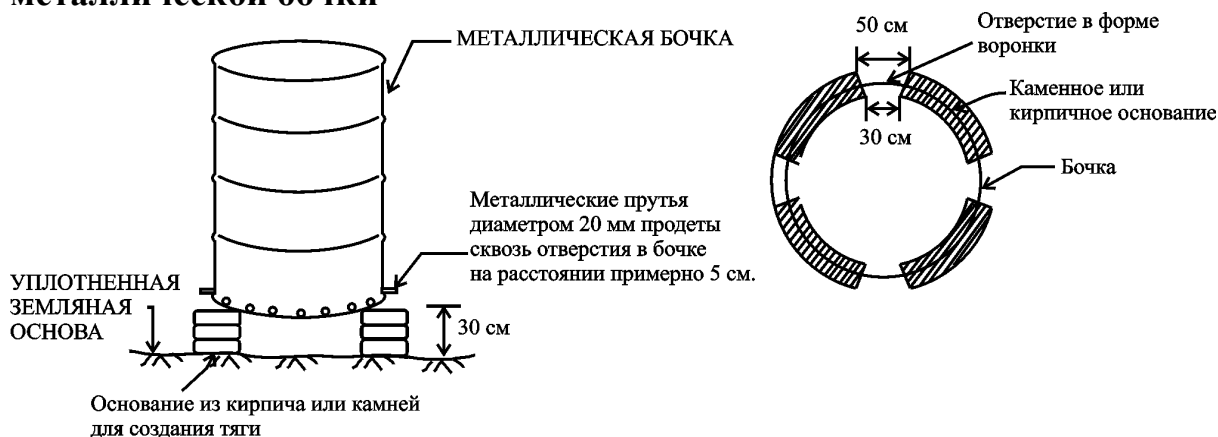
- Тщательно промойте стеклянную посуду водой. Стеклянную посуду можно вымыть мылом, прополоскать и повторно использовать.
- Пластмассовую тару, в которой находились токсичные вещества, такие как глютаральдегид (напр., Cidex®) или формальдегид, промойте три раза водой и ликвидируйте путем сжигания, инкапсуляции или захоронения. Не используйте эту тару для других целей
- Оборудование, применяемое для содержания и транспортировки отходов, не должно применяться ни для каких других целей в данном медучреждении, и контейнеры для контаминированных отходов должны быть четко промаркированы.
- Мойте контейнеры для контаминированных отходов каждый раз после опорожнения, а контейнеры для обычных отходов – при видимом загрязнении.
- Мойте все контейнеры для отходов дезинфицирующим моющим раствором (0,5% хлорный раствор плюс мыло) и регулярно промывайте водой.

Сжигание

- Сжигание разрушает микроорганизмы высокой температурой, и является наилучшим методом для уничтожения контаминированных отходов. Сжигание также уменьшает общий объем отходов предназначенных для захоронения.
- Простые мусоросжигатели могут быть построены из местных материалов – кирпичей, цементных блоков, использованных масляных или бензиновых бочек, и т.п.

- **Открытое сжигание** не рекомендуется, потому что это опасно, неприглядно, и ветер может разнести отходы. Если есть необходимость открытого сжигания, сжигайте в небольшом, специально отведенном месте, перенесите отходы на это место непосредственно перед сжиганием и оставайтесь рядом, пока огонь не погаснет.
- Для медучреждений с ограниченными ресурсами, для которых высокотемпературные мусоросжигатели недоступны, мусор можно сжигать в бочечных мусоросжигательных печах. Бочечный мусоросжигатель является простейшей формой однокамерного мусоросжигателя. Его можно соорудить без особых затрат и это лучше сжигания на открытом воздухе.

Рисунок 9-1. Схема простого мусоросжигателя, изготовленного из металлической бочки



Захоронение отходов

Для медицинских учреждений с ограниченными ресурсами безопасное захоронение отходов на территории или близ медучреждения может быть единственным доступным способом удаления отходов. Для уменьшения рисков, связанных со здоровьем и загрязнением окружающей среды, необходимо следовать следующим основным правилам:

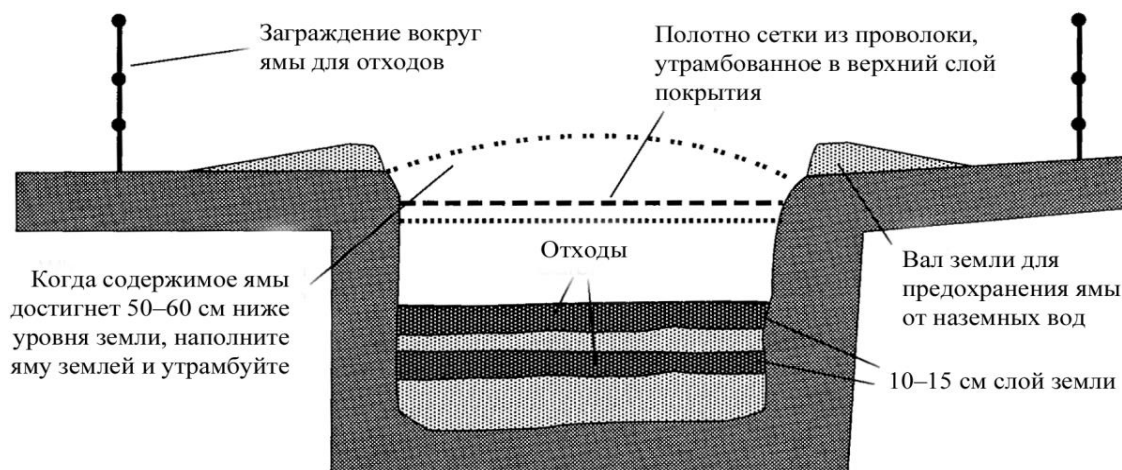
- Доступ к этой зоне должен быть ограниченным (соорудите ограждение вокруг места захоронения, чтобы в зону не проникали животные и дети).

- По возможности, место захоронения должно быть выложено материалом с низкой проницаемостью (напр., глиной).
- Выберите место, по меньшей мере, в 50 м от источника воды, для предотвращения заражения грунтовых вод.
- Место захоронения должно иметь надлежашую дренажную систему, быть расположено ниже уровня любой скважины, не иметь стоячей воды и не быть в зоне наводнения.
- Покрывайте контаминированные отходы 10–15 см земли каждый день. Последний слой земли должен быть 50–60 см и хорошо утрамбован, для предотвращения распространения запаха и привлечения насекомых, а также, для того, чтобы животные не раскопали захороненные отходы.

Безопасное захоронение на территории медучреждения является практичным только на короткий период времени (1-2 года), и для сравнительно небольших количеств отходов.

Примечание: Только контаминированные и опасные отходы требуют захоронения.

Рисунок 9-2. План небольшой ямы для захоронения отходов



Обеззараживание опасных медицинских отходов методом автоклавирования:

При выборе технологий обработки опасных медицинских отходов необходимо основываться на принципах безопасности для населения, персонала и окружающей среды, надежности обработки и уничтожения,

доступности, эффективности, предупреждения повторного использования медотходов. В настоящее время предложено большое количество альтернативных технологий обработки: автоклавирование, микроволновая обработка и т.д.

Система автоклавирования медицинских отходов, т.е термический метод обработки, основанный на использовании насыщенного пара (при температуре 134⁰ С и давлении 2,2 МРа в течении 10 минут). В системах насыщенного пара микроорганизмы уничтожаются в результате высокой температуры (происходит свертывание протеинов). С другой стороны, процесс инактивации микроорганизмов происходит при комплексном воздействии высокой температуры, влаги и повышенного давления.

Место обработки медицинских отходов поступающих из клинических подразделений должно отвечать основным техническим и логистическим условиям, таким как, пригодность площади для приема и хранения медицинских отходов, снабжения инвентарем для мытья и хранения контейнеров.

Место обработки медицинских отходов должно быть отделено от гигиенических, критических площадей (таких как, хранение лекарственных средств, приготовление пищи и т.д.) и должно быть вдали от других клинических отделений, жилых домов, которые требуют более строгих гигиенических условий (хирургии, реанимации и др.)

Для обработки медицинских отходов следует предусмотреть следующие помещения или зоны:

- получение и регистрация отходов;
- взвешивание отходов;
- стерилизация отходов или собственно автоклавная;
- выемка обезвреженных отходов;
- мытье транспортных контейнеров
- хранение чистых контейнеров;
- помещение для персонала.
- помещение для хранения запаса воды (если почасовая подача воды)

В автоклавной полы, стены должны быть сделаны из материала гладкой поверхностью (кафель и др), с адекватным дренажным соединением для сточных вод, должна быть снабжена проточной водой для мытья контейнеров и отдельно для мытья рук.

- Должны быть оборудованы стеллажами для контейнеров, полками для хранения дезинфектантов и моющих средств.
- Для аварийных ситуаций должна быть снабжена аптечкой.
- Комнату автоклавной необходимо оборудовать активной приточно-вытяжной вентиляцией.

- Двери автоклавной должны быть промаркированы соответствующим цветом и знаком биологической опасности материала.

10. ХОЗЯЙСТВЕННАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

Хозяйственное обслуживание связано с общей уборкой больниц и клиник, включая полы, стены, определенные виды оборудования, столы, а также другие поверхности.

Целью общего хозяйственного обслуживания является:

- Сокращение числа микроорганизмов, с которыми могут соприкоснуться пациенты, посетители, медперсонал и общественность;
- Обеспечение чистой и приятной атмосферы для пациентов и медработников.

Методы уборки должны определяться типом поверхности, количеством и видом присутствующего органического загрязнения, и назначением данного помещения. Большая часть помещений в больницах и клиниках, такие как места ожидания и административные помещения, являются зонами низкого риска, их уборка может осуществляться при помощи только мыла и воды. В зонах высокого риска, таких как туалеты и уборные, где ожидается высокая загрязненность, а также для уборки крови или других биологических жидкостей организма в моющий раствор необходимо добавить дезинфектант, такой как 0,5% хлорный раствор или 1% раствор фенола. Добавление дезинфектанта в раствор из мыла и воды также рекомендуется при уборке таких зон высокого риска, как операционная, пред- и послеоперационные палаты и отделения реанимации.

Общие принципы уборки:

- **Оттирание (чистка трением)** – это наилучший способ физической очистки от грязи, мусора и микроорганизмов.
- **Перед** проведением дезинфекции необходимо **мытьё**, так как грязь, мусор и другие материалы могут уменьшить эффективность многих химических дезинфектантов.
- Моющие растворы должны выбираться в зависимости от **цели использования, силы действия, безопасности и стоимости**.
- Уборка всегда должна производиться от **наименее загрязненного участка к наиболее загрязненному участку**, а также **сверху вниз**,

таким образом, наиболее загрязненные участки и мусор, падающий на пол, будут убраны в последнюю очередь.

- Чтобы предотвратить попадание пыли, мусора и микроорганизмов в воздух и на чистые поверхности следует избегать **подметания, вытирания полов и пыли всухую.**
- При использовании дезинфектантов **необходимо соблюдать инструкции по приготовлению растворов.** Слишком большое или недостаточное количество воды может снизить эффективность дезинфектантов.
- Методы уборки и графики уборки в письменном виде должны основываться на **виде поверхности, объеме и типе присутствующего загрязнения и предназначении участка.**

Примечание: Не используйте окуривание дезинфектантами, например, фумигацию разведенными растворами формальдегида (формалина) для сокращения микробной контаминации таких поверхностей в помещении, как стены, потолки и полы (CDC, 1988). Это неэффективно и требует времени (требуется 24 часа), испарения токсичны (раздражают слизистые носа и глаз). Протирание с использованием дезинфицирующего средства и чистка являются более безопасным, быстрым и эффективным способом сокращения микробной контаминации этих поверхностей

Использование средств индивидуальной защиты

Таблица 10-1 дает перечень СИЗ, рекомендуемых для использования хозяйственным персоналом при выполнении различных задач.

Таблица 10-1. Рекомендуемые средства индивидуальной защиты для проведения уборки.	
ВИД СИЗ	КОГДА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
Перчатки (предпочтительно хозяйственные перчатки)	<ul style="list-style-type: none"> • При работе с дезинфицирующими моющими средствами
Обувь, защищающая ноги от случайно уроненных предметов, от крови и биологических жидкостей организма	<ul style="list-style-type: none"> • При уборке помещений • При уборке сильно контаминированных участков • При работе с грязным бельем • При работе с загрязненными инструментами и предметами • При работе или при уничтожении отходов
Пластиковый или резиновый	<ul style="list-style-type: none"> • Когда ожидается наличие брызг и

Очистка контактных поверхностей и уборка разлитых жидкостей

- Поверхности, к которым прикасается пациент, например, смотровые столы и больничные кровати, должны содержаться чистыми и обеззараженными, чтобы избежать перекрестное заражение пациентов и медработников
- Все поверхности, на которые могут попасть кровь, физиологические жидкости организма, секреты или экскременты (напр., гинекологические кресла или операционные столы) должны быть обеззаражены путем протирания их дезинфицирующим раствором (0,5% хлорного раствора) после каждого пациента, даже если они выглядят чистыми.
- Любая поверхность, которая видимо загрязнена, должна быть обеззаражена путем протирания дезинфицирующим раствором (0,5% хлорного раствора) немедленно после окончания процедуры

Всегда одевайте перчатки (хозяйственные перчатки предпочтительны) когда очищаете поверхности, на которые могли попасть кровь, физиологические жидкости организма, секреты или экскременты

Регулярная уборка. Установите расписание и снабдите персонал письменными руководствами по очистке окружающих поверхностей.

Очистка контактных поверхностей и уборка разлитых жидкостей

- Поверхности, к которым прикасается пациент, например, смотровые столы и больничные кровати, должны содержаться чистыми и обеззараженными, чтобы избежать перекрестное заражение пациентов и медработников
- Все поверхности, на которые могут попасть кровь, физиологические жидкости организма, секреты или экскременты (напр., гинекологические кресла или операционные столы) должны быть обеззаражены путем протирания их дезинфицирующим раствором (0,5% хлорного раствора) после каждого пациента, даже если они выглядят чистыми.
- Любая поверхность, которая видимо загрязнена, должна быть обеззаражена путем протирания дезинфицирующим раствором (0,5% хлорного раствора) немедленно после окончания процедуры

График и процедуры для операционной

- В начале и в течение каждого дня, перед проведением процедуры и госпитализации пациента в палату, родзал, операционную, перевязочную все плоские (горизонтальные) поверхности (столы, стулья, и т.д.) должны протираться чистой, влажной тряпкой без ворсинок для удаления пыли.
- Уборка между процедурами (инъекции, перевязки, осмотры) или оперативными вмешательствами должны протираться чистой, влажной тряпкой все горизонтальные поверхности.
- Полная или заключительная уборка (мойка полов и протирание всех поверхностей сверху вниз) операционной должна проводиться в конце каждого дня.

Примечание: Не вытирайте и не подметайте операционную всухую. (Это поднимает в воздух пыль, грязь и микроорганизмы, контаминируя чистые поверхности.)

Помните: Все зоны хирургического помещения, умывальники, места для умывания или вспомогательные участки, коридоры и оборудование должны пройти полную уборку, несмотря на то, использовались они в течение 24-часового периода хирургических процедур или нет.

Примечание: Регулярная чистка фильтров кондиционеров позволит им работать более эффективно, при этом сократив рост плесени.

Помните: Так как все пациенты считаются потенциально восприимчивыми и носителями инфекции, соблюдаются стандартные меры предосторожности. Дополнительные меры не требуются, даже если известно, что пациент инфицирован.

Очистка контактных поверхностей и уборка разлитых жидкостей

- Поверхности, к которым прикасается пациент, например, смотровые столы и больничные кровати, должны содержаться чистыми и обеззараженными, чтобы избежать перекрестное заражение пациентов и медработников
- Все поверхности, на которые могут попасть кровь, физиологические жидкости организма, секреты или экскременты (напр., гинекологические кресла или операционные столы) должны быть обеззаражены путем протирания их дезинфицирующим раствором (0,5% хлорного раствора) после каждого пациента, даже если они выглядят чистыми.

- Любая поверхность, которая видимо загрязнена, должна быть обеззаражена путем протирания дезинфицирующим раствором (0,5% хлорного раствора) немедленно после окончания процедуры

11. ПОДГОТОВКА ЧИСТОЙ ВОДЫ

Вода, прокипяченная в течение 5 минут, считается безопасной для питья и применения в приготовлении оральных регидратационных растворов (ОРР) и детских молочных смесей. Также, водопроводную воду можно дезинфицировать путем добавления в нее небольшого количества хлорсодержащих соединений, таких как гипохлорит натрия. Например, достаточно всего 10 мл (2 чайные ложки) 0,5% хлорного раствора для подготовки 20 литров безопасной для питья воды (CDC 2000). Если водопроводная или колодезная вода мутная (непрозрачная), ее следует профильтровать, либо дать отстояться, чтобы твердые частицы (осадок) осели и затем осторожно перелить чистую воду, до кипячения или обработки.

Помните: Хлорирование мутной (непрозрачной) воды не эффективно, поскольку органические вещества соединяются со свободным хлором, что сокращает концентрацию в обработанной воде

Кипяченая вода легко заражается повторно, потому что, в отличие от хлорированной воды, она не имеет остаточной способности инактивировать микроорганизмы; поэтому ее следует хранить в закрытой емкости для кипячения или в чистой (дезинфицированной) емкости, предпочтительно с узким горлом. (Емкости для хранения могут быть контаминированы, если горло емкости достаточно широко и допускает проникновение и прикосновение к чистой воде рук и посуды.) Хотя хлорированная вода должна сохранять достаточное количество остаточного хлора в течение, по крайней мере, 24 часов, ее следует хранить в чистой емкости с узким горлом также для того, чтобы свести к минимуму риск случайного контаминирования.

- Подготовка чистой воды, содержащей до 10 чнм (0,001%) раствора гипохлорита натрия, является недорогой процедурой, легкой в приготовлении и зачастую необходима в экстренных ситуациях (например, во время наводнений или других стихийных бедствий, которые могут привести к значительному заражению водохозяйственной системы). Кроме того, возможность ежедневно готовить чистую воду в медучреждениях имеет большое значение, поскольку некоторые небольшие медицинские клиники находятся в сельской или отдаленной местности. Зачастую у них нет доступа к надежному источнику воды, который можно было бы использовать для мытья рук и обработки инструментов, хирургических перчаток и других медицинских предметов

до окончательной обработки путем глубокой дезинфекции или стерилизации.

Руководство по применению чистой воды

Как показано в **Таблице 11-1**, кипячение является предпочтительным методом подготовки чистой воды, которая безопасна для питья, приготовления ОРР или детской молочной смеси. В качестве альтернативы, если водопроводная или колодезная вода прозрачна (т.е. содержит малое количество органических веществ), хлорирование с помощью всего лишь 1 чнм ((0,0001%) хлора достаточно для дезинфекции воды и при этом еще сохранять некоторую остаточную активность. В экстренных ситуациях, либо там, где вода замутнена и фильтрование невозможно (напр., необходимо производить большое количество дезинфицированной воды), концентрацию хлора следует повысить до 10 чнм (0,001%), с тем, чтобы она была достаточной для дезинфекции воды и при этом была все еще ощутимой, если до употребления она хранилась в течение ночи.

Таблица 11-1. Руководство по применению чистой (дезинфицированной) воды

ПРЕДНАЗНАЧЕНИЕ	ПРЕДВАРИТЕЛЬНАЯ ОБРАБОТКА (фильтр)	ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО	АЛЬТЕРНАТИВА	КОНЦЕНТРАЦИЯ (чнм)	(%)
Питьевая, ОРР и детская молочная смесь	+	Кипяченая	Хлорированная	1	0,0001
Экстренное применение	±	Хлорированная	Кипяченая	10	0,001
Медицинское применение (мытьё рук и инструментов)	±	Хлорированная		10	0,001

12. ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИЙ В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ

12.1. Общие принципы

Многие пациенты с хроническими заболеваниями, такими как туберкулез, лечатся в домашних условиях. Эта ситуация представляет собой риск передачи инфекционного заболевания членам семьи, ухаживающим за больным людям, и окружающему населению. Медработники, которые работают с такими семьями и людьми, ухаживающими за больными, должны считать своей обязанностью обучение следующим приемам профилактики инфекций, которые могут снизить риск заражения:

- Гигиена рук:
 - Тщательно мойте руки до и после контакта с больным, его кровью или физиологическими жидкостями организма, используя мыло и чистую проточную воду (например, из крана или поливая из кувшина), или
 - Применяйте раствор для обработки рук на спиртовой основе (см. формулу для смешивания раствора на стр. XXX).
- Больные должны находиться в хорошо освещенной комнате с доступом свежего воздуха.
- Пациенты должны быть одеты в чистую одежду и их постель должна всегда быть чистой и сухой.
- Лицо, ухаживающее за больным, должен носить чистую одежду и использовать чистые поверхности, чтобы предупредить инфицирование с грязной одежды или поверхностей. Поверхности, такие как одежда, материал, или пластиковые простыни, должны быть вымыты с мылом или моющим средством и высушены на солнце; одежда должна быть проглажена горячим утюгом.
- Не позволяйте лежачим больным находиться в одной позиции слишком долго, рекомендуйте или помогайте им поворачиваться или менять позицию регулярно для предупреждения появления пролежней.
- Если больной кашляет, ему нужно рекомендовать тщательно прикрывать рот во время кашля носовым платком (предпочтительно) или тканью.
- Если больной имеет диарею, рекомендуйте ему использовать унитаз или судно, и тщательно мыть руки с мылом под чистой, проточной водой после каждого стула и перед едой и контактом или приготовлением еды или напитков.
- Покрывайте матрас пластиковой простыней, которую можно легко дезинфицировать и вымыть.

- Проверьте, чтобы больной принимал все прописанные врачом лекарства
- Если возможен прямой контакт с подкожными тканями, кровью, физиологическими жидкостями организма, секретами или экскрементами, человек, ухаживающий за больным, должен носить перчатки, которые после процедуры удаляются надлежащим образом. Даже если перчатки были надеты, руки должны быть вымыты перед и после надеванием перчаток. Если перчатки недоступны, даже простые пластиковые мешки (чистые и сухие) предоставят некоторую защиту от инфекции.
- Если нужно удалить волосы, не сбривайте их бритвой – если необходимо, подстригите волосы близко к поверхности кожи ножницами, но не нарушайте целостность кожи.
- Любая ткань, пластиковое покрытие или одежда, которые соприкоснулись с кровью, физиологическими жидкостями организма, секретами или экскрементами, должны быть убраны. Если есть необходимость использовать их повторно, они должны быть обеззаражены в 0,5% хлорном растворе в течение 10 минут, вымыты с мылом или моющим раствором, и высушены на солнце (одежду нужно потом прогладить).
- Протрите твердые поверхности (матрацы, столы), которые могли быть в контакте с кровью, физиологическими жидкостями организма, секретами или экскрементами, салфеткой, намоченной в 0,5% хлорном растворе.
- Если использовались какие-либо инструменты, которые будут использоваться повторно (напр., нож), они должны быть обеззаражены в 0,5% хлорном растворе в течение 10 минут, вымыты с мылом или моющим раствором для удаления крови и тканей, и прокипячены в течение 20 минут.
- Уничтожайте все материалы, которые были в контакте с кровью, физиологическими жидкостями организма, секретами или экскрементами надлежащим образом, так, чтобы они не представляли опасности для семьи и окружающего населения.
- Наилучшим методом является сжигание и захоронение всех материалов которые были в контакте с кровью, физиологическими жидкостями организма, секретами или экскрементами (салфетки, тканевые или пластиковые простыни, перчатки, лезвия, и т.п.). Отходы должны быть захоронены в глубокой яме и полностью покрыты землей так, чтобы к ним не могли добраться дети или другие люди. Их можно также выбросить в глубокую отходную яму.
- Одевайте перчатки, когда убираете и уничтожаете контаминированные отходы.

12.2. Домашние роды это рекомендации для амбулаторного звена обучение семьи, как профилактика инфекции в домашних условиях

Родоразрешение является процедурой высокого риска, не только потому что во время родов могут возникнуть осложнения, требующие квалифицированной медицинской помощи, но также потому что в этом процессе выделяется большое количество крови и физиологических жидкостей организма. Женщины должны стараться рожать в медицинском учреждении, в котором соблюдаются правила профилактики инфекций, в присутствии квалифицированного медработника, который может справиться с осложнениями, если они возникнут. Для женщин, кто все-таки имеет роды дома, в дополнение к вышеприведенным требованиям, необходимо соблюдать следующие правила для проведения чистых родов.

Когда планируются домашние роды, необходимо приготовить следующее:

- Новое лезвие для безопасной бритвы, в ненарушенной упаковке
- Новые ленты для перевязки пуповины
- Чистая поверхность для принятия родов. Пластиковая простыня рекомендуется; тщательно выстиранная ткань, которая полностью высохла на солнце и, если возможно, была проглажена горячим утюгом, может быть использована при отсутствии пластиковой простыни.
- Перчатки
- Мыло
- Чистая вода
- Гигиенические подкладки, или куски ткани, которые были тщательно выстираны, полностью высохли на солнце, и, если возможно, были проглажены горячим утюгом
- Новые пеленки для новорожденного или тщательно выстиранная ткань, которая полностью высохла на солнце и, если возможно, была проглажена горячим утюгом.
- Чистая защитная одежда для того, кто будет помогать женщине в родах.

Плаценту нужно поместить в пластиковый пакет или непротекаемый контейнер, и сжечь или захоронить.

Общие принципы профилактики инфекций в домашних условиях, приведенные выше, должны соблюдаться, особенно в отношении гигиены рук, одевания перчаток, использования новых лезвий и чистых поверхностей, отказа от бритья волос, обеззараживания, мытья и кипячения всех повторно используемых инструментов, и правильного уничтожения всех отходов. В случае образования большой лужи крови,

физиологических жидкостей организма, секретов или экскрементов, залейте всю поверхность разлитой жидкости 0,5% хлорным раствором и подождите 10 минут перед тем, как ее вытирать.