

УДК 614.4

Проект методических рекомендаций «Противоэпидемический режим в противотуберкулезных медицинских организациях»

**Е.Б. Мясникова^{1,2}, Н.Р. Васильева^{1,2}, Н.В. Кечаева¹, Н.А. Скрынник⁴,
З.П. Калинина², Е.Н. Колосовская³, Л.И. Арчакова¹**

¹ Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии Минздрава России;

² Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург;

³ Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова Министерства обороны РФ, Санкт-Петербург;

⁴ Городской противотуберкулезный диспансер № 12, Санкт-Петербург

The draft guidelines «Anti-epidemic regime of TB medical institutions»

**E.B. Myasnikova^{1,2}, N.R. Vasil'eva^{1,2}, N.V. Kechaeva¹, N.A. Skrynnik⁴,
Z.P. Kalinina², E.N. Kolosovskaya³, L.I. Archakova¹**

¹ St.-Petersburg Research Institute for Phthisiopulmonology of the Russian Ministry of Health;

² North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, St. Petersburg;

³ Military Medical Academy named after S.M. Kirov, St. Petersburg;

⁴ City TB Dispensary № 12, St. Petersburg

© Коллектив авторов, 2015 г.

Цель и назначение рекомендаций

Рекомендации подготовлены с целью систематизации требований к противотуберкулезным медицинским организациям в части обеспечения санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима.

Наряду с основными положениями, изложенными в современных федеральных нормативно-правовых документах, рекомендации содержат дополнительные предложения, основанные на практическом опыте эпидемиологов, фтизиатров различных медицинских организаций Санкт-Петербурга.

Методические рекомендации предназначены специалистам всех профилей и специальностей, ответственным за организацию программ по профилактике внутрибольничных инфекций в противотуберкулезных

учреждениях: главным врачам и их заместителям, эпидемиологам, дезинфектологам, заведующим отделениями, главным и старшим медицинским сестрам, а также инженерно-техническому персоналу лечебно-профилактических медицинских организаций.

The aim and purpose of the guidelines

Guidelines prepared for the purpose of systematization requirements anti-tuberculosis healthcare organizations in terms of sanitary hygienic and anti-epidemic regime.

Along with the basic provisions, that are set out in the current federal legal documents, guidelines contain additional suggestions, based on the practical experience of epidemiologists, TB specialists of various medical organizations in St. Petersburg.

Guideline is intended for specialists of all profiles and professions, who are responsible for the programs of the prevention intra-hospital infections of in TB facilities arrangements: the main doctors and their assistants, epide-

miologists, disinfectologists, heads of departments, chief and senior nurses, and for engineering technical staff of health care organizations.

Список сокращений

БЦЖ, БЦЖ-М	— вакцина Кальмета и Герена (живая противотуберкулезная вакцина)
ВИЧ	— вирус иммунодефицита человека
ИСМП	— инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи
ЛЧ	— лекарственная чувствительность микобактерий туберкулеза к антимикробным препаратам
МБТ	— микробактерии туберкулеза
МИБП	— медицинские иммунобиологические препараты
МЛУ	— множественная лекарственная устойчивость
ЛПМО	— лечебно-профилактические медицинские организации
ОЛС	— общая лечебная сеть
ПМО	— противотуберкулезные медицинские организации
СП	— санитарные правила
СПИД	— синдром приобретенного иммунодефицита
ТБ	— туберкулез (туберкулезный)
УЗИ	— ультразвуковое исследование
УФО	— ультрафиолетовое облучение
ФГДС	— фиброгастродуоденоскопия
ЦСО	— центральное стерилизационное отделение
ШЛУ	— широкая лекарственная устойчивость

Основные термины и определения

Бактериовыделитель — больной туберкулезом, у которого в выделяемых во внешнюю среду биологических жидкостях организма и/или патологическом материале обнаружены МБТ. Из больных внелегочными формами туберкулеза к бактериовыделителям причисляют лиц, у которых МБТ обнаруживают в отделяемом свищей, моче, менструальной крови или выделениях других органов.

Внутрибольничные (нозокомиальные) инфекции — любые инфекционные заболевания (состояния), возникшие в стационаре (и не имевшиеся до поступления в стационар даже в инкубационном периоде) и проявившиеся в условиях стационара или после выписки пациента в течение периода инкубации.

Заносы инфекции — инфекционные заболевания, возникшие до поступления в стационар и проявившиеся или выявленные при поступлении (после поступления) в стационар.

Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи — любое клинически выраженное инфекционное (паразитарное) заболевание, развившееся у пациента в результате оказания медицинской помощи в стационаре, амбулаторно-поликлинических условиях или на дому, а также у персонала лечебно-профилактического учреждения в силу осуществления профессиональной деятельности.

Инфекционный контроль — система постоянного эпидемиологического наблюдения внутри лечебно-профилактического учреждения с анализом результатов, на основании которых организуются эффективные целенаправленные профилактические и противоэпидемические мероприятия.

Лекарственная устойчивость — нечувствительность МБТ к антимикробным лекарственным препаратам.

Множественная лекарственная устойчивость — устойчивость МБТ к действию изониазида и рифампицина одновременно, с наличием или без наличия устойчивости к любым другим противотуберкулезным препаратам.

Монорезистентность — устойчивость МБТ к одному из противотуберкулезных препаратов.

Обострение (прогрессирование) — появление новых признаков активного туберкулезного процесса после периода улучшения или усиление признаков болезни при наблюдении в I и II группах до клинического излечения.

Перекрестная внутрибольничная (нозокомиальная) туберкулезная инфекция — повторное заражение пациента новым штаммом *M. tuberculosis* в госпитальных условиях, протекающее в клинически выраженной форме или без признаков активизации туберкулезной инфекции.

Полirezистентность — устойчивость МБТ к любым двум и более противотуберкулезным препаратам без одновременной устойчивости к изониазиду и рифампицину.

Прекращение бактериовыделения (абациллирование) — исчезновение МБТ из биологических жидкостей и патологического отделяемого из органов больного, выделяемых во внешнюю среду. Необ-

ходимо подтверждение двумя последовательными микроскопическими и культуральными (посев) исследованиями с промежутками 2–3 мес после первого отрицательного результата исследования.

Профессиональное заболевание туберкулезом — случай заболевания туберкулезом работника лечебно-профилактической медицинской организации любого профиля, возникший в связи с его профессиональной деятельностью.

Рецидив туберкулеза — появление новых признаков активного туберкулеза у лиц, ранее перенесших туберкулез и излеченных от него, наблюдающихся в III группе или снятых с учета в связи с выздоровлением.

Широкая лекарственная устойчивость — устойчивость МБТ к изониазиду и рифампицину, а также хотя бы к одному из инъекционных препаратов второго ряда (канамицин, амикацин, капромицин) и препарату из группы фторхинолонов.

Введение

Туберкулез остается актуальной проблемой современного здравоохранения. В условиях роста популяции лиц, инфицированных ВИЧ, на фоне широкой циркуляции штаммов МБТ, обладающих МЛУ, вопросы обеспечения безопасных условий пребывания в противотуберкулезных учреждениях приобретают первостепенное значение. В этой связи систему противоэпидемических и профилактических мероприятий в противотуберкулезных учреждениях следует рассматривать не только с позиций интересов конкретной противотуберкулезной медицинской организации, но и как один из ключевых элементов, способствующих стабилизации эпидемической ситуации в целом.

Нормативно-правовая база, регламентирующая организацию деятельности противотуберкулезных медицинских организаций, в течение ряда последних лет претерпела существенные изменения. Постановлением от 22 октября 2013 г. № 60 Главного государственного санитарного врача утверждены новые санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.2.3114-13 «Профилактика туберкулеза». Приказом Минздрава Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 932н утвержден Порядок оказания медицинской помощи больным туберкулезом.

Вместе с тем вопросы профилактики туберкулеза как внутрибольничной инфекции и среди персонала, и среди пациентов требуют дополнительного разъяснения.

Эпидемический процесс туберкулезной инфекции, протекающий в госпитальных условиях, имеет ряд отличительных особенностей. Внутрибольничная передача туберкулеза происходит в замкнутом про-

странстве, на относительно небольшой территории больничных корпусов, где сконцентрирована значительная часть источников инфекции и потенциально восприимчивых к инфекции людей. И пациенты, и персонал лечебно-профилактического учреждения по отношению друг к другу одновременно могут являться как источниками туберкулезной инфекции, так и восприимчивым к инфекции контингентом. Вследствие этого передача инфекции возможна как от пациентов к медицинскому персоналу, так и от заболевших туберкулезом сотрудников к пациентам. В условиях скученности и длительного пребывания, вынужденного контакта, при несоблюдении изоляционно-ограничительных мероприятий, гигиенических норм, отсутствии или неэффективности вентиляционных систем возможны случаи перекрестной суперинфекции среди пациентов. При несвоевременном выявлении и отстранении от работы заболевших сотрудников возможна передача инфекции от персонала лечебно-профилактического учреждения.

В стационарных учреждениях общей лечебной сети риск внутрибольничного заражения туберкулезом среди пациентов связан с «заносами» своевременно не диагностированных случаев туберкулеза легких как у пациентов, так и у медицинского персонала. К отделениям повышенного риска заноса туберкулеза в ЛПМО ОЛС относятся пульмонологические отделения, отделения торакальной хирургии многопрофильных больниц, психиатрические больницы, флюорографические кабинеты. Инфицированию могут способствовать длительный и тесный контакт на ограниченной территории многоместных палат, не оснащенных специальными системами очистки и обеззараживания воздуха. Особой опасности заражения могут подвергаться иммунокомпрометированные пациенты, в том числе больные СПИД. Наиболее тяжелые последствия могут иметь случаи заноса туберкулеза в родовспомогательные учреждения. Инфицированию медицинского персонала может способствовать близкий контакт с больным туберкулезом пациентом во время проведения диагностических или лечебных процедур при оказании стоматологической помощи, при манипуляциях в ЛОР-кабинетах и отделениях, в эндоскопических кабинетах и отделениях. Опасности заражения могут подвергаться медицинские работники бригад скорой помощи. Отдельную группу риска представляют сотрудники патологоанатомических отделений, бюро судебно-медицинской экспертизы, бактериологических лабораторий противотуберкулезных медицинских организаций, осуществляющих работы по идентификации МБТ в биоматериалах от пациентов.

В специализированных противотуберкулезных медицинских организациях также существует вероятность нозокомиальной передачи туберкулеза среди

пациентов. Риск нозокомиальной передачи туберкулеза обусловлен, главным образом, неадекватностью изоляционно-ограничительных мероприятий в отношении пациентов с различной степенью эпидемиологической значимости. Неправильная тактика разобщения потоков больных в зависимости от их эпидемического потенциала (интенсивности и продолжительности бактериовыделения, наличия лекарственной устойчивости, степени восприимчивости) является основным предрасполагающим фактором внутрибольничного распространения туберкулеза. Пребывание в общих многоместных палатах выздоравливающих пациентов совместно с пациентами, находящимися на начальной стадии лечения, а также с пациентами с неизвестным статусом относительно бактериовыделения, способствует перекрестной туберкулезной инфекции.

Дополнительным фактором риска, связанным с лечебно-диагностическим процессом, являются различные процедуры, сопровождающиеся усиленной индукцией мокроты (ингаляции, сбор мокроты, различные диагностические и лечебные процедуры: спирометрия, бронхоскопия). При внешней простоте и доступности эпидемическая значимость данных процедур в условиях противотуберкулезного учреждения определяется неизбежностью возникновения массивного инфекционного аэрозоля и контаминации аппаратуры, предметов больничной среды возбудителями туберкулеза. Особого внимания заслуживают эндоскопические исследования (бронхоскопия, ФГДС), а также ларингоскопия, санация дыхательных путей, экстубация и другие с использованием аппаратуры, которая при неадекватной обработке может являться фактором передачи инфекции между пациентами.

Таким образом, организация эффективных противоэпидемических мероприятий в учреждениях противотуберкулезного профиля является неотъемлемой частью системы борьбы с туберкулезом в целом.

Часть 1

1. Требования к размещению и территории

1.1. ПМО располагают на расстоянии не менее 100 м от территории жилой застройки. Туберкулезные стационары на 1000 и более коек желательно размещать в пригородной или зеленой зонах. Не допускается размещать ПМО, в том числе их лабораторные подразделения, в жилых и общественных зданиях и во встроено-пристроенных к ним помещениях.

1.2. Территория учреждения должна быть чистой, благоустроенной с учетом обеспечения необходимого лечебно-охранительного режима, иметь зеленые насаждения (не менее 50% площади участка), быть огражденной забором, освещенной и охраняемой.

1.3. На всех входах и въездах на территорию учреждения организуются пункты охраны и вводится пропускная система.

1.4. Через территорию ПМО не должны проходить магистральные инженерные коммуникации. На участке ПМО не должны располагаться здания организаций, функционально не связанных с ней. Запрещается размещение ПМО в одном здании с другими медицинскими подразделениями.

2. Требования к зданиям, сооружениям и инженерным сетям

2.1. Архитектурно-планировочные и конструктивные решения ПМО должны обеспечивать оптимальные условия для осуществления лечебно-диагностического процесса, соблюдения санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима, надлежащие условия труда медицинского персонала.

2.2. ПМО должны быть оснащены водопроводом, канализованы, иметь централизованное горячее водоснабжение. Очистка и обеззараживание сточных вод от противотуберкулезной медицинской организации 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 учреждения должны подвергаться полной биологической очистке и обеззараживанию на локальных сооружениях.

2.3. Для вновь строящихся и реконструируемых 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 водонагревательные устройства, обеспечивающие горячей водой режимные помещения (процедурные, перевязочные, реанимационные отделения, операционные блоки, эндоскопические отделения и кабинеты и др.), требующие особой чистоты рук персонала, соблюдения асептики, а также помещения лабораторий, буфетных отделений, пищеблока, аптеки и пр.

2.4. Системы отопления, вентиляции и кондиционирования воздуха должны обеспечивать нормируемые параметры микроклимата и воздушной среды помещений, в которых осуществляется медицинская деятельность. Здания должны быть оборудованы системами приточно-вытяжной вентиляции с механическим и/или естественным побуждением. Системы механической приточно-вытяжной вентиляции должны быть паспортизированы.

2.5. Эксплуатация (обслуживание) механической приточно-вытяжной вентиляции и кондициониро-

вания осуществляется ответственным лицом медицинской организации или специализированной организацией. Техническое обслуживание, очистка и дезинфекция систем вентиляции предусматривается не реже 1 раза в год с соблюдением требований биобезопасности. Устранение текущих неисправностей, дефектов проводится безотлагательно.

2.6. Структура учреждения и планировка его помещений должны обеспечивать поточность технологических процессов, исключать возможность переkreшивания или соприкосновения потоков с разной степенью эпидемиологической опасности на всех этапах оказания помощи: при госпитализации больных, их обследовании, оказании медицинской помощи, проведении санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий.

2.7. Структура, состав, функциональное назначение и площади помещений должны определяться мощностью и видами деятельности организации с учетом требований действующих нормативных документов и отражаться в задании на проектирование.

2.8. Для соблюдения поточности и обеспечения изоляционно-ограничительных мероприятий противотуберкулезное учреждение должно иметь необходимый набор помещений и их соответствующую планировку.

2.9. Независимо от мощности и профиля учреждения для пациентов и персонала должны быть оборудованы отдельные помещения для приема пищи, гардеробные, душевые и туалеты.

2.10. Предусматриваются отдельные входы, переходы, лестницы, лифты, подъемники для поступающих и выписывающихся больных, для посетителей и персонала, для транспортировки пищи, чистого и грязного белья, постельных принадлежностей, медикаментов, расходных материалов, мебели, медицинских отходов, трупов. «Чистые» и «заразные» потоки не должны пересекаться.

2.11. Во вновь строящихся ПМО лестницы и лифты для транспортировки больных с разной степенью эпидемической значимости должны быть обособлены и иметь выход только в соответствующем отделении (для лечения пациентов с туберкулезом, вызванным возбудителем с МЛУ, с ШЛУ, ЛЧ и др.).

2.12. В крупных противотуберкулезных стационарах, стационарных отделениях противотуберкулезных диспансеров отделения для больных с МЛУ/ШЛУ туберкулезом, отделения для лечения больных хроническими формами туберкулеза, отделения паллиативной помощи следует размещать в отдельных корпусах.

2.13. Во вновь строящихся ПМО лестницы, лифты для персонала, подъемники для транспортировки пищи, медикаментов, чистого белья, расходных материалов и др. должны иметь выход на каждом этаже,

непосредственно в «чистых» зонах (вне зоны палатных секций).

2.14. Лестницы, лифты и подъемники для транспортировки «заразных» материалов (белья, постельных принадлежностей, отходов, биологических материалов для лабораторного, патоморфологического исследования, трупов больных) должны быть отдельными и не использоваться для транспортировки чистых материалов. Выход из лифтов, предназначенных для транспортировки больных, а также для доставки «заразных» материалов должен быть максимально приближен к зонам палатных секций и местам пребывания пациентов (реанимационных палат, операционных блоков).

2.15. Предусматриваются эвакуационные выходы для персонала и пациентов, а также входы и маршруты следования экстренных служб (пожарная, полиция, МЧС и др.).

2.16. В медицинских организациях, являющихся учебными или научными базами, необходимо дополнительно предусматривать учебные помещения для студентов и курсантов, кабинеты для преподавателей, а также вспомогательные помещения (гардеробные, туалеты, материальные), расположенные вне «заразных» зон.

2.17. Приемное отделение ПМО организуется в соответствии с требованиями, предъявляемыми к инфекционным стационарам. Для приема больных следует предусмотреть приемно-смотровые боксы, количество которых определяется в зависимости от количества коек в учреждении: до 60 коек — 2 бокса; 60–100 коек — 3 бокса; свыше 100 коек — 3% от числа коек. Подобная организация приемно-диагностического отделения позволит обеспечить разделение потоков больных независимо от их статуса и степени эпидемической опасности.

2.18. Боксы приемного отделения должны иметь отдельные входы с улицы, должны быть оснащены переговорными устройствами. В состав бокса входит помещение смотровой, санпропускник с санитарным узлом, два шлюза: первый — между смотровой и коридором приемного отделения, второй — между смотровой и входом с улицы.

2.19. При неизвестном статусе пациента относительно бактериовыделения, а также при наличии подозрения на иные инфекционные заболевания, требующие разобщения до уточнения диагноза, при необходимости проведения санитарной обработки, консультации специалистов бокс приемного отделения может быть использован как изолятор для краткосрочного пребывания пациента (диагностическая палата).

2.20. В приемных отделениях крупных противотуберкулезных стационаров (стационарных отделений

диспансеров) заданием на проектирование могут предусматриваться палата интенсивной терапии для оказания экстренной помощи, манипуляционная, а также диагностические кабинеты (кабинет лучевой диагностики, эндоскопический кабинет, кабинет УЗИ, лаборатория срочных анализов и др.).

2.21. В целях максимально ранней диагностики бактериовыделения и определения лекарственной устойчивости возбудителя приемные отделения противотуберкулезных стационаров (стационарных отделений диспансеров) оснащаются лабораторным оборудованием для экспресс-диагностики туберкулеза («Джин-Эксперт» или аналоги). Дальнейшее распределение потоков пациентов в стационаре осуществляется с учетом результатов экспресс-диагностики туберкулеза.

2.22. Устройство палатных отделений противотуберкулезных стационаров осуществляется в соответствии с требованиями, предъявляемыми к инфекционным стационарам. Палатные секции вновь строящихся и реконструируемых противотуберкулезных стационаров должны быть представлены боксами и маломестными палатами. Вместимость боксов и палат следует принимать не более 2 коек. В составе бокса оборудуются санузел, тамбур-шлюз, отделяющий палату от коридора. Двери в санузлах должны открываться наружу (в палату, но не в тамбур-шлюз). По заданию на проектирование в отделениях (палатах) для немобильных пациентов в составе боксов оборудуются ванны комнаты с подъемниками и другим специальным оборудованием, предназначенным для гигиенической обработки.

2.23. Для вновь строящихся ПМО заданием на проектирование в боксах может быть предусмотрено наличие лоджий и (или) балконов для прогулок пациентов в период бактериовыделения, а также для маломобильных пациентов и пациентов отделений паллиативной помощи.

2.24. В боксах оборудуются передаточные окна, которые используются для передачи пищи, белья, емкостей для забора материалов, термометров и др. Передаточные окна также устраиваются по принципу шлюза, с двойным остеклением: со стороны палаты и со стороны коридора. Между стеклами необходимо предусмотреть подоконник, на котором размещаются передаваемые в бокс (из бокса) предметы.

2.25. Количество коек в палатной секции определяется заданием на проектирование. Нормативная площадь на 1 койку при наличии 2 мест в палатах — 8,0 м², в одноместных палатах — 10,0 м².

2.26. Боксы оборудуются системой приточно-вытяжной вентиляции, обеспечивающей отрицательное давление воздуха в палате. Наряду с механической приточно-вытяжной вентиляцией должны быть

предусмотрены устройства, позволяющие проводить дезинфекцию воздуха в боксе как в отсутствие, так и в присутствии людей.

2.27. Работа противотуберкулезного стационара независимо от наличия или отсутствия боксов организуется по принципу «палатной изоляции», предусматривающей максимальное ограничение перемещения пациентов за пределы палаты (бокса).

2.28. На территории палатной секции размещаются:

- пост медицинской сестры;
- процедурный кабинет;
- перевязочная (в отделении хирургического профиля);
- буфет для пациентов, состоящий из трех помещений (экспедиционной, раздаточной и помещения для мытья и дезинфекции столовой посуды);
- санитарная комната, которая должна быть оборудована устройствами для обработки и сушки суден, клеенок;
- помещение хранения уборочного инвентаря, дезинфицирующих средств;
- помещение для временного хранения грязного белья и постельных принадлежностей, подлежащих камерной дезинфекции и стирке;
- помещение для временного хранения медицинских отходов;
- комната (и/или кабина) для сбора мокроты (при отсутствии боксированных палатных секций);
- помещение (место) для сбора и временного хранения биоматериалов для лабораторного исследования.

2.29. Зона палатной секции должна быть отделена от зоны служебных помещений персонала. В служебной зоне располагаются:

- кабинет заведующего;
- ординаторская;
- кабинет старшей медицинской сестры;
- сестринская;
- комната сестры-хозяйки (материальная);
- чистая бельевая;
- склад медикаментов, расходных материалов, медицинского оборудования;
- помещение для хранения продезинфицированных постельных принадлежностей;
- бытовые помещения персонала (туалет, душ, комната приема пищи);
- помещение для хранения уборочного инвентаря (для чистой зоны).

2.30. Гардеробные верхней одежды персонала размещаются за пределами коечных отделений.

2.31. Предооперационные, перевязочные, реанимационные, процедурные кабинеты, посты медсе-

стер, диагностические и бактериологические лаборатории и другие помещения, требующие соблюдения особого режима, а также отделения эндоскопии, патоморфологии, санпропускники, шлюзы-боксы, полу-боксы и санузлы для персонала следует оборудовать раковинами, оснащенными смесителями с локтевым (или бесконтактным, педальным) управлением и дозаторами с жидким мылом и растворами антисептиков.

2.32. В кабинетах, где проводится обработка инструментов, следует предусматривать отдельную раковину для мытья рук или двугнездную раковину (мойку), оснащенную локтевым (бесконтактным, педальным и прочим не кистевым) управлением.

2.33. Между «чистой» и «заразной» зоной, а также при входе в палатное отделение/секцию, операционный блок, реанимационное отделение предусматривается шлюз с устройством вентиляции. Назначение шлюза заключается в создании барьера между воздушной средой «чистой» и «грязной» зон. Устройство вентиляции должно обеспечивать предотвращение перетекания воздуха из коридора палатной секции в смежные помещения. Давление воздуха в тамбурешлюзе должно быть выше, чем в смежном помещении «заразной» зоны.

2.34. Шлюз оборудуется двойными (по обе стороны шлюза) дверьми, которые должны быть снабжены автоматическими доводчиками и блокирующими устройствами. В дизайне дверей целесообразно предусмотреть стеклянные вставки для контроля перемещения людей по разные стороны шлюза.

2.35. Шлюз оборудуется устройством для обеззараживания воздуха, раковиной для мытья рук персонала, оснащенной локтевым (или бесконтактным) смесителем, емкостями с жидким мылом и антисептиком, бумажными полотенцами однократного пользования, емкостями для использованной санитарной одежды и использованных средств защиты органов дыхания.

2.36. Воздухообмен в палатах и отделениях должен быть организован так, чтобы не допустить перетекания воздуха между палатными отделениями, между палатами, между смежными этажами.

2.37. В сестринских, ординаторских, комнатах отдыха, диагностических, служебных, административных кабинетах, которые должны размещаться вне палатных блоков, с помощью вентиляционной системы должно создаваться положительное давление воздуха. В помещениях «заразной» зоны должно быть создано отрицательное давление с кратностью воздухообмена не менее 12 в час.

2.38. В противотуберкулезных отделениях вытяжные вентиляционные системы оборудуются устройствами обеззараживания воздуха или фильтрами тонкой очистки.

2.39. Запорные устройства (в том числе обратные клапаны) должны устанавливаться также на приточных и вытяжных вентиляционных системах в секционных, лабораториях патологоанатомических отделений, в других помещениях, для исключения не-санкционированного перетекания воздуха.

2.40. Боксы оборудуются автономными системами вентиляции, обеспечивающими отрицательное давление воздуха и установкой на вытяжке устройств обеззараживания воздуха или фильтров тонкой очистки. При установке обеззараживающих устройств непосредственно на выходе из помещений возможно объединение воздухопроводов нескольких боксов или боксированных палат в одну систему вытяжной вентиляции. В боксах и в палатах с санузлами вытяжка организуется из санузла.

2.41. Вытяжная вентиляция с механическим побуждением без устройства организованного притока предусматривается из помещений: душевых, санитарных узлов, помещений для грязного белья, временного хранения отходов и кладовых для хранения дезинфекционных средств, реактивов и других веществ с резким запахом.

2.42. В существующих зданиях, при отсутствии в отделениях приточно-вытяжной вентиляции с механическим побуждением, должна быть оборудована естественная вентиляция с обязательным оснащением каждого бокса устройствами обеззараживания воздуха, обеспечивающими эффективность инактивации микроорганизмов (в том числе микобактерий туберкулеза) не менее чем на 95% на выходе. Независимо от принятой системы вентиляции рекомендуется проветривание палат не менее 4 раз в сутки по 15 мин.

2.43. 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 очистки. Выброс отработанного воздуха предусматривается выше кровли на 0,7 м. Допускается выброс воздуха на фасад здания после очистки фильтрами соответствующего назначения.

2.44. Воздуховоды, воздухоподающие и воздухоприемные решетки, вентиляционные камеры, вентиляционные установки и другие устройства должны содержаться в чистоте, не иметь механических повреждений, следов коррозии, нарушений герметичности. Использование вентиляционных камер не по прямому назначению запрещается. Уборка помещений вентиляционных камер должна проводиться не реже 1 раза в месяц, а воздухозаборных шахт не реже 1 раза в полгода.

2.45. Приточные и вытяжные решетки должны быть максимально удалены друг от друга в пределах одного помещения. Продухи чердачных и подвальных

помещений должны быть защищены от проникновения грызунов, птиц и синантропных насекомых.

2.46. Администрацией ПМО организуется контроль параметров микроклимата и показателей микробной обсемененности воздушной среды с периодичностью не реже 1 раза в 6 мес и загрязненностью химическими веществами воздушной среды не реже 1 раза в год.

2.47. Дневные стационары могут быть предусмотрены в составе противотуберкулезных медицинских организаций стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи. В дневных стационарах с продолжительностью пребывания пациентов более 4 ч предусматривается помещение для подогрева и приема пищи.

2.48. В целях снижения риска перекрестной туберкулезной инфекции, а также для профилактики заносов инфекционных заболеваний в стационар поток пациентов дневного стационара приравнивается к «амбулаторно-поликлиническому» и должен быть отделен от «стационарного».

2.49. В дневных стационарах при палатных отделениях, а также при амбулаторно-поликлинических отделениях ПМО вместо палат допускается оборудование помещений для отдыха больных, оснащенных кушетками (креслами) для кратковременного размещения пациента во время проведения инфузионной терапии или иных лечебно-диагностических процедур.

3. Требования к внутренней отделке помещений

3.1. Для внутренней отделки используются материалы в соответствии с функциональным назначением помещений. Поверхность стен, полов и потолков помещений должна быть гладкой, без дефектов, щелей и зазоров, легкодоступной для влажной уборки и устойчивой к обработке моющими и дезинфицирующими средствами в туберкулоцидных концентрациях.

3.2. Покрытие пола должно плотно прилегать к основанию. Сопряжение стен и полов должно иметь закругленное сечение, стыки должны быть герметичными. При использовании линолеумных покрытий края линолеума у стен могут быть подведены под плинтуса или возведены на стены. Швы примыкающих друг к другу листов линолеума должны быть пропаяны. В вестибюлях полы должны быть устойчивы к механическому воздействию (мраморная крошка, мрамор, мозаичные полы и др.).

3.3. В помещениях с влажностным режимом (душевых, ванных, санитарных комнатах и пр.), в «грязных» помещениях (помещения разборки и хранения грязного белья, временного хранения отходов и др.) отделка должна обеспечивать влагостойкость на всю высоту помещения. Для покрытия пола следует применять водонепроницаемые материалы.

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

3.5. При необходимости затенения окон, в том числе в служебных и бытовых помещениях персонала, предпочтительнее использовать пластиковые жалюзи, рулонные шторы из нетканого материала или тонирующие пленочные покрытия, устойчивые к обработке моюще-дезинфицирующими растворами в туберкулоцидных концентрациях, к воздействию ультрафиолета.

3.6. Устранение текущих дефектов отделки (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.

3.7. В период проведения текущего или капитального ремонта функционирование помещений должно быть прекращено. В случае необходимости проведения ремонта в действующем здании допускается проведение ремонтных работ при обеспечении надежной изоляции функционирующих помещений. Не допускается проведение ремонта в функционирующих помещениях, требующих соблюдения асептического режима работы (перевязочные, процедурные, операционные блоки и др.), в реанимационных отделениях, лабораториях, пищеблоках и буфетных.

4. Санитарное содержание помещений, оборудования, инвентаря

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

4.2. В палатах должны быть установлены тумбочки и стулья по числу коек, а также шкафы для хранения личных вещей пациентов, стол для приема пищи.

4.3. Размещение оборудования и мебели в помещениях должно обеспечивать свободный доступ к пациенту, доступность для уборки, дезинфекции, эксплуатации и обслуживания.

4.4. В палатах пациентов, в лечебных, диагностических и вспомогательных помещениях, кроме административных, должна использоваться мебель, наружная и внутренняя поверхность которой устойчива к воздействию моющих и дезинфицирующих средств в туберкулоцидных концентрациях, а также к ультрафи-

олетовому облучению. Поверхность мебели должна быть гладкой, без трещин и сколов.

4.5. Кладовые для хранения белья 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, пандусами или подъемными механизмами.

4.6. Потолочные и настенные светильники, устройства для дезинфекции воздуха должны иметь защитную арматуру, позволяющую проводить влажную дезинфекцию их наружной поверхности.

4.7. Нагревательные приборы должны иметь гладкую поверхность, исключающую адсорбирование пыли и устойчивую к воздействию моющих и дезинфицирующих растворов в туберкулоцидных концентрациях. Нагревательные приборы следует размещать у наружных стен, под окнами. Расположение нагревательных приборов у внутренних стен в палатах не допускается. При устройстве ограждений отопительных приборов должен быть обеспечен свободный доступ для текущей эксплуатации и уборки.

4.8. Все помещения, оборудование, медицинский и другой инвентарь должны содержаться в чистоте. Администрация ЛПО организует предварительный и периодический (не реже 1 раза в год) инструктаж персонала, осуществляющего уборку помещений по вопросам санитарно-гигиенического режима и технологии уборки.

4.9. Для текущей и генеральной уборки выделяется отдельный промаркированный уборочный инвентарь.

4.10. Уборочный инвентарь (тележки, mopы, емкости, ветошь, швабры) должен иметь четкую маркировку или цветовое кодирование с учетом функционального назначения помещений и видов уборочных работ и храниться в выделенном помещении или в специальных шкафах за пределами рабочих кабинетов и палат. Схема цветового кодирования размещается в зоне хранения инвентаря. Стиральные машины для стирки mopов и другой ветоши устанавливаются в местах комплектации уборочных тележек.

4.11. Для проведения генеральной уборки персонал должен иметь специальную одежду и средства индивидуальной защиты (халат, шапочка, маска, резиновые перчатки, резиновый фартук и др.), промаркированный уборочный инвентарь и чистые тканевые салфетки.

4.12. Генеральная уборка помещений проводится по заранее составленному графику, утвержденному руководителем структурного подразделения, не реже 1 раза в месяц. В графике генеральных уборок указываются все помещения, включая служебные и быто-

вые помещения персонала, холлы, коридоры, лестницы, лифты, подъемники и др.

4.13. Генеральная уборка операционного блока, перевязочных, родильных залов, процедурных, манипуляционных, стерилизационных и других помещений с асептическим режимом проводится один раз в 7 дней. В день проведения генеральной уборки в оперблоке плановые операции не проводятся.

4.14. Вне графика генеральную уборку проводят в случае получения неудовлетворительных результатов микробной обсемененности внешней среды и по санитарно-гигиеническим показаниям как разовое мероприятие.

4.15. При проведении генеральной уборки дезинфицирующий раствор наносят на стены путем орошения или их протирания на высоту не менее двух метров (в операционных блоках — на всю высоту стен), окна, подоконники, двери, мебель и оборудование. По окончании времени обеззараживания (персонал должен провести смену спецодежды) все поверхности отмывают чистыми тканевыми салфетками, смоченными водопроводной (питьевой) водой, а затем проводят обеззараживание воздуха в помещении.

4.16. Текущая влажная уборка помещений (полов, мебели, оборудования, подоконников, дверей) должна осуществляться не менее 2 раз в сутки, с использованием моющих и дезинфицирующих средств, разрешенных к использованию в установленном порядке.

4.17. Мытье оконных стекол должно проводиться по мере необходимости, но не реже 2 раз в год (весной и осенью).

5. Требования к организации дезинфекционных мероприятий

5.1. Противотуберкулезную медицинскую организацию с пациентами, окружающей их территорией, предметами следует расценивать как очаг туберкулезной инфекции. В связи с этим текущую уборку помещений необходимо проводить по технологии «текущей очаговой дезинфекции». Генеральная уборка помещений как плановая, так и внеплановая, проводится по технологии «заключительной очаговой дезинфекции».

5.2. Внеплановая заключительная дезинфекция по эпидемиологическим или санитарно-гигиеническим показаниям проводится как разовое мероприятие в следующих случаях:

- после выписки, перевода, смерти пациента;
- при выявлении неудовлетворительных результатов санитарно-бактериологического контроля;
- при выявлении неудовлетворительного санитарно-гигиенического состояния помещений, оборудования, инвентаря;
- после ликвидации аварийных ситуаций в системах водоснабжения, канализации, отопле-

ния, перед проведением и после проведения текущих ремонтных работ, перед сносом здания.

5.3. Ежегодно в противотуберкулезных медицинских организациях проводится плановая заключительная дезинфекция силами специализированных организаций, с последующим косметическим ремонтом. Вопрос о приостановке деятельности ПМО на период проведения заключительной дезинфекции и ремонта согласовывается с местными органами здравоохранения в установленном порядке.

5.4. Текущая и заключительная очаговая дезинфекция помещений, оборудования, инвентаря осуществляется специально обученным, прошедшим инструктаж по технике безопасности персоналом медицинской организации, не моложе 18 лет. Организация и контроль качества дезинфекции осуществляется медицинским персоналом.

5.5. Для дезинфекции помещений, оборудования, инвентаря, изделий медицинского назначения, предметов ухода за больными используются дезинфицирующие средства по режимам, эффективным в отношении микобактерий туберкулеза, протестированные на штаммах *Mycobacterium terrae*, о чем должно быть указано в официально изданных инструкциях по применению дезинфицирующих средств.

5.6. Хранение моющих и дезинфицирующих средств должно осуществляться в таре (упаковке) изготовителя, снабженной этикеткой, на стеллажах, в специально предназначенных местах.

5.7. При работе с дезинфицирующими средствами необходимо соблюдать все меры предосторожности, включая применение средств индивидуальной защиты, указанные в инструкциях по применению.

5.8. Текущую дезинфекцию помещений, предметов обстановки, медицинского оборудования осуществляют не менее 2 раз в сутки во всех помещениях, где находятся пациенты и персонал. В манипуляционных, процедурных, диагностических кабинетах текущая дезинфекция проводится после каждого пациента. Обработке подлежат предметы обстановки, медицинское оборудование, контактировавшее с пациентами или их биосубстратами.

5.9. Необходимо иметь отдельные емкости с рабочими растворами дезинфицирующих средств, используемых для обработки различных объектов:

- для дезинфекции, для предстерилизационной очистки и для стерилизации изделий медицинского назначения, а также для их предварительной очистки (при использовании средств, обладающих фиксирующими свойствами);
- для дезинфекции поверхностей в помещениях, мебели, аппаратов, приборов и оборудования;
- для обеззараживания уборочного материала;

- для обеззараживания отходов классов «В» (как временная мера в случае выхода из строя установок для физического обеззараживания отходов класса «В»).

5.10. Емкости с рабочими растворами дезинфицирующих средств должны быть снабжены плотно прилегающими крышками, иметь четкие надписи или этикетки с указанием названия средства, его концентрации, времени экспозиционного воздействия, назначения, даты приготовления, предельного срока годности раствора.

5.11. Использованный уборочный инвентарь обеззараживают в растворе дезинфицирующего средства, затем прополаскивают в воде и сушат. Уборочный инвентарь для пола и стен должен быть отдельным, иметь четкую маркировку, применяться отдельно для кабинетов, коридоров, санузлов. При невозможности использования одноразовых тканевых салфеток многоразовые салфетки подлежат стирке.

5.12. При проведении всех видов дезинфекционных мероприятий особое внимание уделяют дезинфекции воздуха в помещениях высокого риска (места пребывания больных бактериовыделителей, особенно с множественной и широкой лекарственной устойчивостью возбудителя, а также в местах работы с различными биосубстратами, содержащими микобактерии туберкулеза).

5.13. Уменьшение риска распространения туберкулеза через воздушную среду достигается путем применения комплекса инженерно-технических мероприятий, включающих оборудование вентиляционной системы, обеспечивающей необходимую кратность воздухообмена, а также применение оборудования для обеззараживания воздушной среды.

5.14. Использование устройств должно предусматриваться не только в качестве заключительного этапа дезинфекции при подготовке помещения к работе, но и в процессе пребывания в помещении людей (пациентов и персонала).

5.15. При выборе устройств обеззараживания и очистки воздуха руководствуются параметрами их эффективности в отношении микобактерий туберкулеза.

5.16. Для обеззараживания воздуха в помещениях следует применять разрешенные для этой цели оборудование и/или химические средства. Технология обработки и режимы обеззараживания воздуха изложены в соответствующих нормативно-методических документах и инструкциях по применению конкретного дезинфекционного оборудования и дезинфицирующих средств.

5.17. С целью снижения обсемененности воздуха применяются следующие технологии:

- воздействие ультрафиолетовым излучением с помощью открытых и комбинированных бакте-

рицидных облучателей, применяемых в отсутствие людей;

- использование закрытых облучателей, в том числе рециркуляторов, позволяющих проводить обеззараживание воздуха в присутствии людей;
- воздействие аэрозолями дезинфицирующих средств при проведении заключительной дезинфекции в отсутствие людей с помощью генераторов аэрозолей;
- применение бактериальных фильтров, в том числе электрофильтров.

5.18. Необходимое число облучателей и (или) рециркуляторов и других устройств для каждого помещения определяют расчетным путем, согласно действующим нормам, с учетом объема помещения (m^3) и его категории.

5.19. В противотуберкулезных стационарах (диспансерах, имеющих стационарные отделения) должно быть дезинфекционное отделение, состав и площадь которого определяется количеством обрабатываемых постельных принадлежностей.

5.20. После выписки, перевода (смерти) больного, а также по мере загрязнения матраца, подушки, одеяла должны подвергаться дезинфекционной камерной обработке. В случае использования для покрытия матрацев чехлов из материала, допускающего влажную дезинфекцию, камерная обработка не требуется.

5.21. В медицинской организации должен быть обменный фонд постельных принадлежностей, для хранения которого предусматривается специальное помещение.

5.22. Лабораторное исследование объектов окружающей среды в ПМО проводят в соответствии с санитарными правилами по организации и проведению производственного контроля за соблюдением санитарных правил и выполнением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по разработанному плану производственного контроля, обращая особое внимание на контроль стерильности инструментов, инъекционных растворов, перевязочного и шовного материала.

5.23. Качество заключительной и текущей дезинфекции оценивается с использованием санитарно-микробиологических методов исследования в установленном порядке (методом смывов). При плановом контроле — на санитарно-показательную микрофлору, по эпидпоказаниям — на патогенную и условно-патогенную микрофлору. Объем санитарно-бактериологических исследований определяется с учетом конкретной эпидемической ситуации. Для оценки полноты и качества дезинфекции рекомендуется отбирать при разовом обследовании число проб в стационарах из расчета не менее 0,5 смыва на койку,

а в амбулаторно-поликлинических учреждениях — 0,1 смыва на одно посещение в смену.

5.24. Показателем качественной дезинфекции является высеивание патогенной микрофлоры с объектов контроля не более чем в 2% отобранных бактериологических смывов.

5.25. Бактериологический контроль работы дезинфекционных камер осуществляется ежеквартально с использованием биологических тестов (*Mycobacterium B5*).

5.26. Контроль работы стерилизующей аппаратуры осуществляется не реже 2 раз в год в установленном порядке с использованием биологических тестов.

6. Бельевой режим

6.1. Стирка белья ПМО должна осуществляться в специальных прачечных. Целесообразно предусмотреть прачечную в составе противотуберкулезной медицинской организации, состав и площадь которой определяются спецификой и мощностью учреждения. При проектировании прачечных производительность следует принимать из расчета 2,3 кг сухого белья в смену на 1 койку, 0,4 кг сухого белья в сутки на одно посещение амбулаторно-поликлинического отделения (организации).

6.2. Гардеробные и душевые для персонала прачечной устраиваются отдельными для работников «чистых» (гладильные цеха, упаковка и выдача чистого белья) и «грязных» (сортировка, стирка грязного белья) цехов. Площадь гардеробных рассчитывается из нормы 0,3 m^2 на одного работника.

6.3. Душевые располагают со входом из гардеробных. Для персонала «грязных» цехов раздевалки и душевые устраиваются по типу санпропускника.

6.4. Режим стирки белья должен соответствовать действующим гигиеническим нормативам. При обработке белья в прачечной технологические потоки грязного и чистого белья не должны перекрещиваться.

6.5. Транспортировка чистого белья из прачечной и грязного белья в прачечную должна осуществляться в упакованном виде (в контейнерах) специально выделенным автотранспортом. Перевозка грязного и чистого белья в одной и той же таре не допускается. Стирка тканевой тары (мешков) должна осуществляться одновременно с бельем.

6.6. Прием, сортировка, временное хранение санитарной одежды персонала, направляемой в прачечную, осуществляется отдельно от белья пациентов. Для стирки санитарной одежды выделяется отдельное оборудование.

6.7. Бельевым режимом отделения предусматривается смена белья больным не реже 1 раза в 7 дней. Загрязненное выделениями белье подлежит немедленной замене. В хирургических отделениях смена

постельного и нательного белья проводится накануне операции, после возвращения пациента в палату после операции, в дальнейшем — по мере загрязнения, но не реже 1 раза в 7 дней.

6.8. В реанимационных отделениях белье меняется ежедневно и чаще (по мере загрязнения).

6.9. При проведении лечебно-диагностических манипуляций, в том числе в условиях амбулаторно-поликлинического приема, пациент обеспечивается индивидуальным комплектом белья (простыни, подкладные пеленки, салфетки, бахилы), в том числе разовым.

6.10. Спецодежда персонала отделений реанимации и интенсивной терапии, оперблоков, процедурных и перевязочных кабинетов, ЦСО меняется ежедневно и по мере загрязнения. Спецодежда персонала других отделений меняется не реже 2 раз в неделю и по мере загрязнения.

6.11. Стирка спецодежды персонала противотуберкулезного учреждения должна быть организована в прачечной медицинской организации. Стирка спецодежды персонала в домашних условиях не допускается.

6.12. К сбору, сортировке, счету, транспортированию грязного белья не допускается медицинский персонал, занятый уходом и питанием пациентов или принимающий участие в различных инвазивных манипуляциях и процедурах.

6.13. Персонал, работающий с грязным бельем, должен быть обеспечен санитарной одеждой (халат, фартук, головной убор) и средствами индивидуальной защиты (перчатки, респиратор). После окончания работы с грязным бельем санитарную одежду направляют в стирку, перчатки и респиратор утилизируют в потоке отходов класса «В», руки моют водой с мылом и обрабатывают антисептиком.

6.14. Для сбора грязного белья в палатах используют специальную тару (мешки из плотной ткани или клеенки, вложенные в баки с крышками или в бельевые тележки).

6.15. Использованная спецодежда персонала собирается в отдельные (от белья пациентов) емкости и мешки.

6.16. Допускается временное хранение (не более 12 ч) грязного белья в отделениях, в специально отведенных помещениях, в закрытой таре (металлических, пластмассовых бачках, плотных ящиках и других емкостях), подвергающейся дезинфекции.

6.17. При сборе грязного белья запрещается встряхивать его и сбрасывать на пол. Сбор грязного белья осуществляется до проведения текущей (генеральной) уборки. После смены белья в палатах проводят дезинфекцию помещения, проветривание и обеззараживание воздуха.

6.18. Белье сортируется, освобождается от посторонних предметов и упаковывается в мешки из клеен-

ки, массой не более 10 кг. Мешки снаружи дезинфицируются растворами дезсредства в туберкулицидных концентрациях.

6.19. Белье из отделений в упакованном виде на промаркированных тележках (для грязного белья) или специальным автотранспортом доставляется в помещение для сбора грязного белья в больничную прачечную.

6.20. Транспортные средства после выгрузки грязного белья подвергаются дезинфекции. Для проведения дезинфекции транспорта необходимо иметь гидропульты, ветошь, емкости для приготовления дезрастворов, дезсредства. Дезинфекция автотранспорта производится в отдельных помещениях (санитарных площадках) специально обученным персоналом.

6.21. Помещение для сбора и сортировки грязного белья должно хорошо вентилироваться, быть оснащено устройствами дезинфекции воздуха, раковиной для мытья рук, отдельными емкостями для сбора белья пациентов и спецодежды персонала. Помещения для сортировки белья рекомендуется размещать на территории прачечной с последующим прохождением персонала через санпропускник.

6.22. Ответственными за сбор, хранение и транспортирование как грязного, так и чистого белья являются сестры-хозяйки отделений.

6.23. Ответственными за соблюдение бельевого режима являются старшие медицинские сестры отделений.

Часть 2

7. Требования к правилам внутреннего распорядка и личной гигиены пациентов

7.1. При поступлении в противотуберкулезный стационар пациенты должны быть в письменной форме проинформированы о своих правах и об обязанностях соблюдать противозидемический режим противотуберкулезного учреждения.

7.2. Инструкция о правилах поведения пациента во время лечения должна содержать требования о необходимости соблюдения правил респираторной защиты, соблюдения гигиены кашля, выполнения изоляционно-ограничительных мероприятий и общих санитарно-гигиенических норм. Пациенты должны быть проинформированы о возможности их перевода в другие отделения (палаты) в соответствии с меняющимся во время лечения статусом относительно бактериовыделения и спектра лекарственной устойчивости возбудителя.

7.3. При поступлении в стационар пациенты проходят санитарную обработку в приемном отделении, включающую: принятие душа, стрижку ногтей и другие процедуры, в зависимости от результатов осмотра.

7.4. Личная одежда подвергается камерной дезинфекции и передается родственникам или хранится в специальной упаковке (полиэтиленовые мешки, чехлы из плотной ткани) в помещении для хранения вещей пациентов.

7.5. Пациентам стационара, особенно на период бактериовыделения, целесообразно использовать специальную «больничную» одежду (пижама/халат, обувь).

7.6. Допускается нахождение больных в личной одежде. Условия для дезинфекции (в том числе камерной), стирки, сушки, хранения личной одежды пациентов должны быть определены правилами внутреннего распорядка медицинской организации, не противоречащими действующим санитарным нормам.

7.7. В отделении больному выдается полотенце, плевательница, при необходимости — поильник, подкладное судно с подставкой.

7.8. Используются строго индивидуальные гигиенические принадлежности (зубная щетка, мочалка и др.) и расходные материалы, определяются места для их хранения.

7.9. В качестве плевательниц предпочтительно использовать полимерные емкости однократного пользования с герметичной крышкой.

7.10. Для соблюдения правил респираторной защиты пациенты обеспечиваются лицевыми хирургическими масками однократного пользования.

7.11. Гигиеническая обработка больных (при отсутствии медицинских противопоказаний) должна осуществляться не реже 1 раза в 7 дней, о чем делается отметка в истории болезни (в температурном листе). 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.

7.12. Бактериовыделителям запрещается выход за пределы территории противотуберкулезного стационара, в том числе с целью посещения парикмахерских, бань, прачечных, химчисток, предприятий торговли и общественного питания, аптек, культурных и развлекательных учреждений и т. д.

7.13. Для иногородних, а также одиноких пациентов, находящихся на длительном стационарном лечении, в учреждении должна быть предусмотрена возможность оказания коммунально-бытовых услуг (прачечная, парикмахерская и др.), а также возможность обеспечения товарами первой необходимости, гигиеническими принадлежностями и пр.

7.14. Для одиноких, пожилых, тяжелобольных, социально дезадаптированных пациентов, требующих длительного стационарного лечения, в структуре медицинской организации целесообразно предусмотреть

социально-юридическую службу, оказывающую помощь в получении паспорта, оформлении прописки, инвалидности, получении пенсионного пособия, оплаты коммунальных услуг и пр.

7.15. Выход за территорию противотуберкулезного стационара больных-бактериовыделителей должен быть организован по временным пропускам, выдаваемым только уполномоченным персоналом в исключительных случаях на строго ограниченный срок. Пациент информируется о мерах предосторожности и необходимости соблюдения санитарно-гигиенических мер поведения за пределами противотуберкулезного учреждения.

7.16. На период бактериовыделения максимально ограничиваются все контакты больных с другими пациентами, родственниками.

7.17. Дети и подростки в возрасте до 18 лет не допускаются к посещению пациентов в стационаре, независимо от наличия (отсутствия) у последних бактериовыделения.

7.18. Пациентам стационара не разрешается посещение других отделений, административных, служебных и технологических помещений учреждения.

7.19. Бактериовыделители могут покидать свою палату только по указанию медицинского персонала при необходимости выполнения лечебно-диагностических процедур и манипуляций, проведение которых требует использование специальной аппаратуры. При выходе из палаты (бокса) пациент должен надеть хирургическую лицевую маску.

7.20. Режим прогулок пациентов по территории ПМО должен быть определен правилами внутреннего распорядка, утвержденными руководителем медицинской организации.

7.21. Прогулки пациентам стационара разрешаются в пределах огражденной территории противотуберкулезного стационара. Для бактериовыделителей, особенно из числа пациентов с МЛУ возбудителя, выделяется отдельная территория для прогулок.

7.22. Пациентам необходимо объяснить возможность перекрестного инфицирования при тесных продолжительных контактах даже на открытом воздухе.

7.23. В противотуберкулезном учреждении должен быть разработан приказ (протокол, безопасный алгоритм), включающий инструкцию для пациентов об условиях и правилах сбора мокроты, о соблюдении этикета кашля. Назначаются ответственные лица из числа медицинского персонала организации, определяется место проведения процедуры и требования к его оснащению инженерными средствами, расходными материалами, определяются функции персонала, правила поведения пациентов.

7.24. При отсутствии возможности организации режима индивидуальной палатной изоляции в ка-

ждом палатном отделении должна быть предусмотрена комната (и/или кабина) для сбора мокроты.

8. Требования к организации питания пациентов

8.1. Независимо от архитектурно-планировочных решений палатных секций, режим палатной изоляции предусматривает организацию кормления пациентов непосредственно в палатах.

8.2. Раздачу пищи больным по палатам производят буфетчицы и дежурные медицинские сестры отделений, используя для этого средства малой механизации (транспортные тележки), а также соответствующие кухонные приборы (ложки, половники, лопатки, поварские вилки и пр.).

8.3. Раздача пищи производится в ежедневно сменяемом халате с маркировкой «Для раздачи пищи», в головном уборе. При необходимости используются перчатки однократного пользования. Не допускается к раздаче пищи младший, технический и прочий обслуживающий персонал.

8.4. Во вновь строящихся и реконструируемых учреждениях буфетные должны быть представлены тремя помещениями:

- «экспедиционная» — для получения пищи из пищеблока, обработки и хранения перегрузочных тележек;
- «раздаточная» — для подготовки пищи к раздаче и для хранения пищевых продуктов;
- «моечная» — для мытья и дезинфекции столовой посуды и оборотной тары.

8.5. В помещении для подготовки пищи к раздаче предусматривается раковина для мытья рук персонала, оснащенная локтевым смесителем, дозатором с жидким мылом и диспенсером с бумажными полотенцами однократного пользования. В помещении должно быть холодильное оборудование для продуктов, требующих хранения в условиях холодильника, электроплита, СВЧ-оборудование, электрокипятильник или электрочайники, шкаф для хранения хлеба, бакалейной продукции, стол для резки хлеба, сливочного масла.

8.6. Для масла, хлеба и другой продукции выделяются отдельные разделочные доски и ножи с соответствующей маркировкой.

8.7. В случае если предполагается оказание медицинской помощи детям в возрасте до одного года, в составе отделения предусматриваются помещения для приготовления и розлива детских молочных смесей, а также отдельное оборудование для дезинфекции, мытья, стерилизации бутылочек и сосок.

8.8. Обработка столовой посуды может проводиться механизированным или ручным способом.

8.9. Моечные ванны присоединяются к канализационной сети с воздушным разрывом не менее 20 мм от верха приемной воронки. Все приемники стоков

внутренней канализации имеют гидравлические зазоры (сифоны).

8.10. Для мытья оборотной тары устанавливают две глубокие моечные ванны со смесителем и душевой сеткой на гибком шланге.

8.11. При механизированной мойке используются специальные моечные машины в соответствии с инструкцией по эксплуатации.

8.12. Мытье посуды ручным способом осуществляют в трехсекционных ваннах для столовой посуды и в двухсекционных — для стеклянной посуды и столовых приборов.

8.13. Обработка посуды ручным способом проводится в следующей последовательности:

- механическое удаление остатков пищи и их дезинфекция в специальной промаркированной емкости с крышкой;
- дезинфекция посуды путем погружения в ванну с дезинфицирующим раствором (в туберкулоцидном режиме);
- механическая очистка (мытье и обезжиривание) во II ванне с использованием моющих средств, разрешенных для мытья посуды;
- ополаскивание горячей проточной водой в III ванне;
- сушка на специальных полках, решетках;
- хранение в шкафу для посуды.

8.14. Дезинфекция посуды может проводиться термическим способом путем кипячения в специальной промаркированной емкости.

8.15. Щетки и ветошь для мытья посуды после окончания работы промывают с обезжиривающими средствами, дезинфицируют, промывают проточной водой, просушивают и хранят в специально выделенном месте.

8.16. После каждой раздачи пищи производят влажную уборку помещений буфетных. Уборочный материал промывается, обеззараживается, просушивается.

8.17. Не допускается оставлять в буфетных остатки готовой продукции после ее раздачи больным, а также смешивать пищевые остатки со свежими блюдами.

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

8.19. Ежедневно дежурная медицинская сестра проверяет соблюдение правил и сроков годности (хранения) пищевых продуктов, хранящихся в холодильниках отделения. При обнаружении пищевых продуктов в холодильниках отделения с истекшим сроком годности, хранящихся без упаковок, без указания фамилии больного, а также имеющих признаки порчи, они должны изыматься в пищевые отходы. О правилах хранения личных пищевых продуктов пациент должен быть информирован при поступлении в отделение.

8.20. В дневных стационарах с кратковременным пребыванием пациентов (не более 4 ч) без организации горячего питания предусматриваются комнаты подогрева пищи, оснащенные умывальником, холодильником и оборудованием для разогрева пищи. Рекомендуется использование одноразовой столовой посуды.

9. Требования к условиям труда персонала

9.1. Перед поступлением на работу в противотуберкулезную медицинскую организацию сотрудники проходят предварительный медицинский осмотр специалистов, выполняют лабораторные и инструментальные исследования в установленном порядке. При наличии противопоказаний к работе во фтизиатрическом учреждении к работе не допускаются.

9.2. Персонал противотуберкулезной медицинской организации ежегодно проходит профилактический медицинский осмотр в установленном порядке.

9.3. Предварительным и периодическим медицинским осмотрам подлежат весь медицинский персонал, а также обслуживающий и технический персонал, работники службы АХЧ, администрация.

9.4. Профилактическая иммунизация работников проводится в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок и по эпидемическим показаниям в установленном порядке.

9.5. Рабочие и бытовые помещения персонала размещаются за пределами производственных помещений, палатных секций, лабораторий.

9.6. Для персонала стационаров предусматривается устройство гардеробных личной и рабочей одежды с душем и туалетом. Количество шкафов в гардеробных следует принимать равным 100% списочного состава медицинского и технического персонала.

9.7. Гардеробные должны быть обеспечены двухсекционными закрывающимися шкафами, обеспечивающими раздельное хранение домашней и рабочей одежды.

9.8. Площадь гардеробных для личной и рабочей одежды персонала следует принимать из расчета не менее 0,5 м² на 1 шкаф.

9.9. Площадь гардеробных уличной одежды следует принимать из расчета не менее 0,08 м² на 1 вешалку (крючок) гардеробной.

9.10. Количество душевых кабин для персонала принимается из расчета: не менее 1 душевой кабины на 10 человек.

9.11. В составе каждого подразделения следует предусматривать санузлы для персонала. Один санузел для мужчин и женщин допускается предусматривать при численности работающих в смену не более 15 чел.

9.12. В ПМО по заданию на проектирование, в зависимости от мощности предусматриваются столовые, буфетные или комнаты приема пищи для персонала.

9.13. В каждом структурном подразделении выделяются комнаты для персонала, в которых должны быть предусмотрены условия для приема пищи с обеспечением возможности подогрева пищи. Прием пищи персоналом проводится в специально отведенных помещениях, на рабочем месте принимать пищу запрещено.

9.14. Медицинский персонал должен быть обеспечен комплектами сменной одежды: халатами, шапочками, сменной обувью в соответствии с табелем оснащения, но не менее 3 комплектов спецодежды на одного работающего.

9.15. Персонал противотуберкулезной медицинской организации обеспечивается барьерными средствами индивидуальной защиты органов дыхания, а также барьерными средствами защиты при работе с биосубстратами (перчатками, масками, щитками, очками, респираторами FFP2-FFP3 класса защиты, фартуками, защитной одеждой и пр.) в зависимости от профиля отделения и характера проводимой работы.

9.16. При проведении обходов, осмотров, консультаций, лечебно-диагностических процедур персонал работает, используя средства защиты органов дыхания, в отдельной индивидуальной (по возможности одноразовой) санитарной одежде, которая снимается при переходе в «чистую» зону.

9.17. Смена одежды осуществляется ежедневно и по мере загрязнения. Сменная обувь персонала должна быть из нетканого материала, доступного для дезинфекции. Сменная одежда и обувь должна быть предусмотрена также и для медицинского персонала других подразделений, оказывающего консультативную и другую помощь, а также для инженерно-технических работников.

9.18. Нахождение в медицинской одежде и обуви за пределами ПМО не допускается.

9.19. Стирка одежды персонала должна осуществляться централизованно в специализированной прачечной и отдельно от белья больных. Стирка спецодежды в домашних условиях запрещена.

9.20. В зонах риска образования инфекционного аэрозоля должна быть эффективно работающая механическая приточно-вытяжная вентиляция, устройства для обеззараживания воздуха, предназначенные для использования в присутствии людей.

9.21. К зонам «высокого риска инфицирования» туберкулезом относятся все помещения, где существует вероятность образования инфекционного аэрозоля, содержащего микобактерии туберкулеза. К ним относятся:

- палаты для пациентов-бактериовыделителей (особенно с МЛУ-туберкулезом);
- кабины и комнаты для сбора мокроты;
- физиотерапевтическое отделение (ингаляторий);

- микробиологическая лаборатория (зона тестирования лекарственной чувствительности);
- кабинеты эндоскопии, врача-стоматолога, отоларинголога;
- палаты реанимации и интенсивной терапии;
- кабинеты спирографии, бодиплетизмографии, рентгенкабинеты;
- операционные залы, перевязочные хирургических отделений противотуберкулезных стационаров;
- секционный зал, помещение первичной обработки материала в отделениях патоморфологии;
- столовые, холлы, умывальные и прочие места общего пользования, если не организован режим палатной изоляции;
- поликлиническое отделение для амбулаторного приема пациентов с неизвестным (неустановленным) статусом относительно бактериовыделения.

9.22. На границе зоны высокого риска инфицирования должны быть предупредительные аншлаги: «Зона высокого риска инфицирования! Используйте респиратор!».

9.23. На входах в «чистую» зону (административные помещения, учебные комнаты, ординаторские, сестринские, зоны отдыха и приема пищи персонала) необходимо разместить аншлаги: «Служебные помещения. Пациентам вход запрещен».

9.24. В зонах риска образования инфекционного аэрозоля, при неизбежном вынужденном контакте с пациентами-бактериовыделителями персонал должен работать с использованием индивидуальных средств защиты органов дыхания (сертифицированных респираторов FFP2-FFP3 класса защиты).

9.25. Администрация противотуберкулезной медицинской организации обеспечивает обучение медицинского персонала правилам респираторной защиты и периодическое тестирование плотности прилегания респираторов (фит-тест).

9.26. В операционных залах противотуберкулезных учреждений, палатах интенсивной терапии и реанимации, наркозных комнатах операционных блоков, перевязочных, процедурных, эндоскопических кабинетах, стоматологических кабинетах, в секционных залах, комнатах первичной обработки материала в патологоанатомических отделениях, в лабораториях персонал должен соблюдать правила биобезопасности при работе с биосубстратами и использовать средства индивидуальной защиты органов дыхания.

9.27. В целях защиты персонала перчатки необходимо надевать перед любыми парентеральными манипуляциями и при контакте с биосубстратами. После снятия перчаток проводят гигиеническую обработку рук.

9.28. В ходе проведения инвазивных манипуляций и процедур персонал не должен вести записи, прикасаться к телефонной трубке, клавиатуре компьютера и др. Запрещается прием пищи на рабочем месте.

9.29. При загрязнении кожи и слизистых оболочек выделениями, кровью, при травмах с повреждением кожных покровов и слизистых пострадавшему сотруднику оказывается экстренная помощь и лабораторное обследование в установленном порядке. По показаниям проводится экстренная профилактика гепатита В, С, сифилиса, постконтактная профилактика ВИЧ-инфекции. Организуется регистрация в журнале учета травм медицинского персонала и журнале регистрации несчастных случаев на производстве с составлением акта о несчастном случае на производстве в установленном порядке.

9.30. За пострадавшим сотрудником устанавливается диспансерное медицинское наблюдение с проведением необходимых лабораторных исследований в установленном порядке.

9.31. Лечебно-диагностический процесс должен быть спланирован таким образом, чтобы по возможности сократить продолжительность и кратность непосредственных контактов персонала и пациентов-бактериовыделителей.

9.32. Контингент персонала, участвующего в оказании плановой медицинской помощи пациентам, выделяющим лекарственно устойчивые МБТ, должен быть по возможности ограничен.

10. Правила обращения с отходами

10.1. В противотуберкулезном учреждении должен быть оборудован участок по обращению с отходами. Участок располагается в специально оборудованных помещениях ЛПМО и осуществляет сбор, накопление, аппаратное обеззараживание/обезвреживание, и/или утилизацию отходов класса «В». Участок должен иметь набор помещений и площадей в соответствии с требованиями нормативных документов, регламентирующих порядок обращения с отходами медицинских организаций, быть оснащен оборудованием для обеззараживания эпидемически опасных отходов физическими методами, а также оборудованием, обеспечивающим деструкцию изделий медицинского назначения, лабораторной посуды и пр.

10.2. Размещение участка в составе медицинских подразделений не допускается (кроме помещений для обеззараживания в лабораториях, осуществляющих работы с возбудителями 1–4 групп патогенности).

10.3. На территории хозяйственной зоны противотуберкулезного учреждения на расстоянии не менее 25 м от окон размещают контейнерную площадку для отходов с твердым покрытием и въездом со стороны улицы. Размеры площадки должны превышать пло-

щадь основания контейнеров на 1,5 м во все стороны. Контейнерная площадка должна быть защищена от постороннего доступа, иметь ограждение и навес.

10.4. Отходы лечебно-диагностических подразделений фтизиатрических медицинских учреждений, загрязненные мокротой пациентов, а также другими биосубстратами (экссудат, отделяемое дренажей, операционный материал), содержащими микобактерии туберкулеза, отходы микробиологических и клинико-диагностических лабораторий, осуществляющих работы с возбудителями туберкулеза, относятся к чрезвычайно эпидемиологически опасным отходам (класс «В»).

10.5. Работа по обращению с медицинскими отходами класса «В» организуется в соответствии с требованиями к работе с возбудителями 1–2 групп патогенности, требованиями по санитарной охране территории и профилактике туберкулеза.

10.6. Выбор метода обеззараживания (дезинфекции) отходов осуществляется при разработке схемы сбора и удаления отходов.

10.7. Вывоз необеззараженных и недеформированных отходов класса «В» за пределы территории противотуберкулезной медицинской организации не допускается. Для этого специальное оборудование размещают на территории противотуберкулезной медицинской организации в соответствии с требованиями санитарного законодательства Российской Федерации.

10.8. Отходы класса «В» подлежат обязательному обеззараживанию (дезинфекции) физическими методами: термическими, микроволновыми, радиационными и другими, разрешенными для использования в условиях медицинской организации.

10.9. Физический метод обеззараживания отходов класса «В», включающий воздействие водяным насыщенным паром под избыточным давлением, высокой температурой, радиационным, электромагнитным излучением, применяется при наличии специального оборудования — установок для обеззараживания медицинских отходов.

10.10. Применение химических методов дезинфекции допускается только для обеззараживания пищевых отходов и выделений больных (моча, кал, рвотные массы), не содержащих мокроты и плеврального экссудата больных туберкулезом, а также отделяемого свищей всех локализаций.

10.11. Отходы класса «В» собирают непосредственно в местах их образования в одноразовую мягкую (пакеты) или твердую (непрокальваемую) упаковку (контейнеры) красного цвета или имеющую красную маркировку. Выбор упаковки зависит от морфологического состава отходов. Жидкие биологические отходы, использованные одноразовые колющие (режущие) инструменты и другие изделия медицинского

назначения помещают в твердую (непрокальваемую) влагостойкую герметичную упаковку (контейнеры).

10.12. Мягкая упаковка (одноразовые пакеты) для сбора отходов класса «В» должна быть закреплена на специальных стойках (тележках) или контейнерах.

10.13. После заполнения пакета не более чем на 3/4 сотрудник, ответственный за сбор отходов в данном медицинском подразделении, с соблюдением требований биологической безопасности завязывает пакет или закрывает с использованием бирок-стяжек или других приспособлений, исключающих высыпание отходов класса «В». Твердые (непрокальваемые) емкости закрываются крышками.

10.14. Перемещение отходов класса «В» за пределами подразделения осуществляется в специальных промаркированных закрытых герметичных емкостях.

10.15. При окончательной упаковке отходов класса «В» для удаления их из подразделения одноразовые емкости (пакеты, баки) с отходами класса «В» маркируются надписью «Отходы. Класс В» с нанесением названия организации, подразделения, даты и фамилии ответственного за сбор отходов.

10.16. Медицинские отходы класса «В» в закрытых одноразовых емкостях помещают в специальные контейнеры и хранят в помещении для временного хранения медицинских отходов, имеющихся в каждом подразделении.

10.17. Накопление и временное размещение необеззараженных отходов класса «В» осуществляется отдельно от отходов других классов в специальных помещениях, исключающих доступ посторонних лиц.

10.18. Допускается временное размещение отходов класса «В» в специальных герметичных емкостях, размещенных в подсобных помещениях в течение не более 24 ч. При хранении отходов класса «В» более 24 ч используется холодильное оборудование. Применение холодильного оборудования, предназначенного для накопления отходов, для других целей не допускается.

10.19. Применение технологий утилизации, в том числе с сортировкой отходов, возможно только после предварительного аппаратного обеззараживания отходов класса «В» физическими методами. Не допускается использование вторичного сырья, полученного из медицинских отходов, для изготовления товаров детского ассортимента, материалов и изделий, контактирующих с питьевой водой и пищевыми продуктами, изделиями медицинского назначения.

10.20. Термическое уничтожение медицинских отходов класса «В» может осуществляться как децентрализованным способом (инсинераторы или другие установки термического обезвреживания, установленные на территории учреждения), так и централизованным способом (мусоросжигательный завод).

10.21. Захоронение обезвреженных отходов класса «В» на полигоне допускается только при изменении их товарного вида (измельчение, спекание, прессование и т. д.) и невозможности их повторного применения.

10.22. Временное размещение и накопление патологоанатомических и органических отходов классов «В» (удаленные органы, ткани больных туберкулезом, трупы лабораторных животных, зараженных туберкулезом) осуществляется отдельно от отходов других классов в специальных помещениях, исключающих доступ посторонних лиц. При хранении более 24 ч используется низкотемпературное холодильное оборудование. Применение холодильного оборудования, предназначенного для накопления отходов, для других целей не допускается.

10.23. Патологоанатомические и органические операционные отходы класса «В» подлежат кремации (сжиганию) или захоронению на кладбищах в специальных могилах на специально отведенном участке кладбища в установленном порядке.

10.24. Обеззараживание и уничтожение медицинских иммунобиологических препаратов, используемых в противотуберкулезных медицинских организациях (вакцины БЦЖ, БЦЖ-М), туберкулина, диаскинтеста и других осуществляют в соответствии с требованиями санитарного законодательства Российской Федерации к обеспечению безопасности иммунизации и правил обращения с медицинскими иммунобиологическими препаратами.

10.25. Уничтожению подлежат непригодные к применению препараты с истекшим сроком годности, при нарушении режима «холодовой цепи», при нарушении целостности ампул (флаконов), при наличии ампул (флаконов) с неясной или стертой маркировкой, при изменении внешних свойств, не обозначенных в инструкции (наличие хлопьев, инородных предметов, изменение цветности, прозрачности), забракованные серии, остатки препаратов во вскрытых ампулах и флаконах после проведения профилактических прививок, диагностических проб и т. д.

10.26. Перед обеззараживанием растворами химических веществ все ампулы и флаконы вскрывают. Вскрытые ампулы и флаконы с остатками туберкулина помещаются в специальные маркированные емкости с дезинфицирующим раствором в туберкулоцидной концентрации.

10.27. Живая противотуберкулезная вакцина (БЦЖ, БЦЖ-М), а также флаконы и ампулы, содержащие ее остатки, после дезинфекции подвергаются обработке в режиме стерилизации любым из методов (автоклавирование, воздействие химических веществ, воздушная стерилизация и др.).

10.28. Для учета медицинских отходов класса «В» ведутся следующие документы:

- технологический журнал учета отходов класса «В» в структурном подразделении, в котором ежедневно указывается количество единиц упаковки каждого вида отходов;
- технологический журнал учета медицинских отходов участка по обращению с отходами, в котором ежедневно указывается количество единиц, принятых на обеззараживание (утилизацию), и обеззараженных единиц упаковки;
- технологический журнал организации, в котором указывается количество вывозимых единиц упаковки и/или вес отходов, а также сведения об их вывозе с указанием организации, производящей вывоз;
- документы, подтверждающие вывоз и обезвреживание отходов, выданные специализированными организациями, осуществляющими транспортирование и обезвреживание отходов;
- акты на уничтожение непригодных медицинских иммунобиологических препаратов.

10.29. При сборе, транспортировке, накоплении, обеззараживании, утилизации медицинских отходов требуется строгое соблюдение техники безопасности и производственной санитарии при работе с биосубстратами, химическими веществами, аппаратами под давлением (при использовании соответствующей аппаратуры), электроаппаратурой, колющими, режущими инструментами и др. При сборе отходов запрещается:

- вручную разрушать, разрезать отходы класса «В», в том числе использованные системы для внутривенных инфузий, в целях их обеззараживания;
- снимать вручную иглу со шприца после его использования, надевать колпачок на иглу после инъекции;
- пересыпать (перегружать) неупакованные отходы класса «В» из одной емкости в другую;
- утрамбовывать отходы классов «В»;
- осуществлять любые операции с отходами без перчаток или необходимых средств индивидуальной защиты и спецодежды;
- использовать мягкую одноразовую упаковку для сбора острого медицинского инструментария и иных острых предметов;
- устанавливать одноразовые и многоразовые емкости для сбора отходов на расстоянии менее 1 м от нагревательных приборов.

10.30. К работам по обращению с отходами не допускаются лица в возрасте моложе 18 лет, не привитые против вирусного гепатита В, не прошедшие инструктаж по технике безопасности и производственной санитарии.

11. Изоляционно-ограничительные мероприятия

11.1. Целью изоляционно-ограничительных мероприятий является предотвращение передачи туберкулезной инфекции между пациентами ПМО путем разделения потоков пациентов с различной степенью эпидемической опасности (когортная изоляция), а также разобщение и изоляция особо восприимчивых лиц от явных или потенциальных источников инфекции (протективная изоляция).

11.2. Для обеспечения изоляционно-ограничительных мероприятий стационарные отделения противотуберкулезных учреждений должны соответствовать требованиям, предъявляемым к инфекционным отделениям для госпитализации больных с воздушно-капельными инфекциями.

11.3. Вновь строящиеся и реконструируемые противотуберкулезные стационары должны быть представлены 1–2-местными боксами (полубоксами), в которых находятся пациенты независимо от их статуса относительно бактериовыделения с момента поступления и до выписки.

11.4. Независимо от архитектурно-планировочных решений, в стационарных отделениях ПМО организуется режим палатной изоляции, предусматривающий проведение всех лечебно-диагностических процедур и манипуляций, не требующих применения специальной стационарной аппаратуры непосредственно в палате (боксе). Забор материалов для исследования, инъекции, внутривенные инфузии, ингаляции, раздача лекарств, массаж, перевязки, консультации специалистов и др. проводятся в палате (боксе). Кормление, гигиенические процедуры, уход также осуществляются непосредственно в палате (боксе).

11.5. Принцип когортной изоляции заключается в формировании относительно однородных потоков (когорт) пациентов. Поскольку степень эпидемической опасности пациента определяется наличием (или отсутствием) бактериовыделения, основным признаком формирования когорты являются результаты бактериологического исследования (в том числе микроскопия) мокроты.

11.6. Лица с подозрением на туберкулез, поступающие на госпитализацию, должны иметь результаты микроскопического обследования, предоставляемого ЛПУ общей лечебной сети. Во всех случаях, когда статус пациента относительно бактериовыделения не определен, меры профилактики должны быть такими же, как при контакте с бактериовыделителем.

11.7. Пациенты, переведенные из соматических стационаров ОЛС, до установления диагноза размещаются в диагностических боксах.

11.8. При решении вопроса о целесообразности и сроках круглосуточного стационарного лечения больных туберкулезом следует руководствоваться

индивидуальными особенностями пациентов с учетом клинических, социальных и эпидемиологических показаний.

11.9. Внутри когорты бактериовыделителей учитывается давность заболевания (вновь поступившие пациенты, не получавшие этиотропного лечения и получающие этиотропное лечение пациенты), особенности клинического течения заболевания (положительная динамика заболевания и неэффективная терапия, нарастающие признаки деструкции легочной ткани).

11.10. Впервые выявленные больные, не имеющие признаков деструкции в легочной ткани и бактериовыделения, не требующие круглосуточного стационарного лечения (по медицинским, социальным и эпидемиологическим показаниям), должны преимущественно лечиться в условиях дневного стационара противотуберкулезного учреждения.

11.11. Пациенты, прошедшие интенсивную фазу лечения, имеющие положительную динамику заболевания, подтвержденную клиническими, лабораторными, инструментальными методами исследований, нормальную переносимость химиотерапии, лица без бактериовыделения, должны преимущественно лечиться в условиях дневного стационара противотуберкулезного учреждения.

11.12. Изоляция может быть прекращена при стойком отрицательном анализе мокроты (микроскопия и культуральная диагностика).

11.13. Пациенты, выделяющие возбудитель, обладающий множественной и широкой лекарственной устойчивостью, подлежат изоляции в отдельные боксы, а в крупных противотуберкулезных учреждениях в боксы, находящиеся в составе отделений для лечения больных с МЛУ/ШЛУ туберкулезом.

11.14. Больным ВИЧ-инфекцией с подозрением на заболевание туберкулезом медицинская помощь должна оказываться амбулаторно в кабинетах противотуберкулезной помощи для больных ВИЧ-инфекцией ЛПМО, в условиях стационара — в боксированных отделениях инфекционного стационара или специализированных по ВИЧ-инфекции отделениях противотуберкулезной медицинской организации.

11.15. Иммунокомпромированные пациенты, лица, обладающие повышенной восприимчивостью к инфекции и риску возникновения перекрестной туберкулезной инфекции (онкологические, гематологические больные, пациенты, страдающие сахарным диабетом, беременные, лица, получающие генно-инженерные препараты и др.), госпитализируются при наличии клинических показаний к круглосуточному стационарному лечению. При необходимости госпитализации данные категории пациентов подлежат протективной изоляции в боксы с целью предотвращения

контактов с другими пациентами противотуберкулезного учреждения.

11.16. Изоляции по эпидемиологическим показаниям подлежат пациенты с признаками активизации туберкулезного процесса на фоне проводимого лечения, а также в случае неэффективного лечения, при резком изменении лекарственной чувствительности возбудителя, при изменении генетического профиля возбудителя или выделении смешанных культур микобактерий. Данные состояния должны расцениваться как подозрения на экзогенную внутрибольничную суперинфекцию, требующие детального клинико-эпидемиологического расследования и проведения соответствующих противоэпидемических мероприятий.

11.17. В хирургических туберкулезных отделениях изоляции в отдельную палату подлежат пациенты с гнойно-септическими внутрибольничными инфекциями. Пациенты с инфекцией любой локализации, независимо от срока ее возникновения, вызванной метициллин(оксациллин)-резистентным золотистым стафилококком или ванкомицинрезистентным энтерококком, подлежат изоляции в боксированные палаты. При работе с данной категорией больных персонал должен соблюдать правила контактной изоляции:

- при входе в палату персонал надевает респиратор, спецодежду, перчатки и снимает их при выходе;
- предметы ухода, а также стетоскоп, термометр и др. используются только для данного пациента;
- перевязка пациента проводится в палате;
- при входе и выходе из палаты персонал обрабатывает руки спиртосодержащим кожным антисептиком;
- после выписки пациента и проведения заключительной дезинфекции проводится санитарно-бактериологическое обследование объектов окружающей среды (в палате);
- заполнение палаты проводится после получения удовлетворительных результатов санитарно-бактериологических исследований.

11.18. Пациенты с острым инфекционным заболеванием подлежат госпитализации в специализированный стационар (отделение), в случае невозможности перевода (по жизненным показаниям или из-за срочного оперативного вмешательства) — изоляции в отдельную палату.

11.19. Консультации врачей-специалистов, инструментальные диагностические исследования у амбулаторных пациентов проводятся за пределами стационарных подразделений противотуберкулезных учреждений, на базе поликлиник ОЛС, поликлинических подразделений диспансеров.

11.20. Режим работы диагностических кабинетов противотуберкулезного стационара (эндоскопиче-

ского, врача-стоматолога, отоларинголога, кабинеты функциональной диагностики, спирографии, рентгенологического, гинекологического и др.) организуется таким образом, чтобы исключить одновременное посещение диагностических кабинетов пациентами с различной степенью эпидемической опасности. В начале рабочей смены осуществляется прием пациентов, не являющихся бактериовыделителями. Режим работы кабинетов должен быть синхронизирован. Время ожидания у кабинета должно быть максимально сокращено, что обеспечивается организацией предварительной записи и планированием исследований.

11.21. Запрещаются посещения противотуберкулезных учреждений стационарного типа амбулаторными пациентами с неустановленным диагнозом туберкулеза, с неизвестным статусом относительно бактериовыделения, с неизвестным статусом относительно ВИЧ-инфекции. Время нахождения пациента в помещении ПМО должно быть максимально коротким.

11.22. Все процедуры, связанные с индуцированием кашля (сбор мокроты, ингаляции, спирометрия, бодиплетизмография, эндоскопические исследования и др.), как в стационарных, так и в амбулаторных противотуберкулезных учреждениях проводятся в специально отведенных для этого помещениях с отрицательным давлением воздуха, в которых производительность вентиляционной системы обеспечивает не менее 10–12-кратный обмен воздуха в час.

11.23. Проведение плановых манипуляций, сопровождающихся индукцией кашля у больных-бактериовыделителей, должно быть ограничено и определяться клиническими показаниями. Назначение процедур должно быть документально обосновано в истории болезни (неэффективность проводимого лечения, подготовка к хирургическому лечению и др.).

11.24. Пациенты должны оставаться в кабинах или специальных помещениях до прекращения выделения мокроты и кашля. Входить в кабину или помещение персоналу или другим пациентам разрешается только по завершении обеззараживания воздуха путем бактерицидного ультрафиолетового облучения или другими устройствами обеззараживания воздуха в соответствующих режимах.

11.25. Для снижения риска перекрестной аппаратно-контактной передачи микобактерий через контактированную наркозно-дыхательную аппаратуру используются специальные бактериальные фильтры (складчатые гидрофобные фильтры однократного применения), а также расходные материалы (дыхательные контуры, загубники, маски, емкости для сбора экссудата, дренажные и ирригационные системы и др.) однократного пользования.

Список литературы

1. Федеральный закон от 30.03.1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».
2. Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» СанПиН 2.1.3.2630-10.
3. Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.2.3114-13 «Профилактика туберкулеза».
4. Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 2.1.7.2790-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами».
5. СанПиН 2.1.2.2646-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, оборудованию, содержанию и режиму работы прачечных».
6. СП 1.1.2193-07 (Изменения и дополнения № 1 к санитарным правилам «Организация и проведение производственного контроля за соблюдением санитарных правил и выполнением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий. СП 1.1.1058-01»).
7. Постановление Минтруда России от 24.10.2002 № 73 (ред. от 20.02.2014) «Об утверждении форм документов, необходимых для расследования и учета несчастных случаев на производстве, и положения об особенностях расследования несчастных случаев на производстве в отдельных отраслях и организациях».
8. Приказ Минздрава РФ от 21.03.2003 № 109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации».
9. Приказ Минздрава РФ от 15 ноября 2012 г. № 932н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом».
10. Приказ Минздрава РФ от 6 августа 2013 г. № 529н «Об утверждении номенклатуры медицинских организаций».
11. Национальная Концепция профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, утвержденная 06.11.2011 г. Руководителем Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителя и благополучия человека Г.Г. Онищенко.
12. Методические рекомендации МР 2.2.9.2242-07 «Гигиенические и эпидемиологические требования к условиям труда медицинских работников, выполняющих работы, связанные с риском возникновения инфекционных заболеваний», утвержденные 16.08.2007 г. Руководителем Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека Г.Г. Онищенко.
13. Методические указания МУ 3.3.2.1761-03 «Порядок уничтожения непригодных к использованию вакцин и анатоксинов».
14. Федорова Л.С., Юзбашев В.Г., Попов С.А., Пузанов В.А., Севастьянова Э.В., Акимкин В.Г., Фролова Н.В., Мясникова Е.Б., Волченков Г.В., Проньков В.А. Наголкин А.В. Система инфекционного контроля в противотуберкулезных учреждениях. Руководство / под ред. Л.С. Федоровой. — М.-Тверь: ООО «Издательство «Триада», 2013. — Гл. 1. — С. 8–40.

Bibliography

1. Federalnyj zakon ot 30.03.1999 g. № 52-FZ «O sanitarno-epidemiologicheskom blagopoluchii naseleniya». (rus)
2. Sanitarno-epidemiologicheskie pravila i normativy «Sanitarno-epidemiologicheskie trebovaniya k organizacijam, osushhestvlyayushhim medicinskuyu deyatelnost» SanPiN 2.1.3.2630-10. (rus)
3. Sanitarno-epidemiologicheskie pravila SP 3.1.2.3114-13 «Profilaktika tuberkuleza». (rus)
4. Sanitarno-epidemiologicheskie pravila i normativy SanPiN 2.1.7.2790-10 «Sanitarno-epidemiologicheskie trebovaniya k obrashheniyu s medicinskimi otxodami». (rus)
5. SanPiN 2.1.2.2646-10 «Sanitarno-epidemiologicheskie trebovaniya k ustrojstvu, oborudovaniyu, soderzhaniyu i rezhimu raboty prachechnyx». (rus)
6. SP 1.1.2193-07 (Izmeneniya i dopolneniya № 1 k sanitarnym pravilam «Organizaciya i provedenie proizvodstvennogo kontrolya za soblyudeniem sanitarnyx pravil i vypolnieniem sanitarno-protivoepidemicheskix (profilakticheskix) meroprijatij. SP 1.1.1058-01»). (rus)
7. Postanovlenie Mintruda Rossii ot 24.10.2002 N 73 (red. ot 20.02.2014) «Ob utverzhdenii form dokumentov, neobxodimyx dlya rassledovaniya i ucheta neschastnyx sluchaev na proizvodstve, i polozheniya ob osobennostyax rassledovaniya neschastnyx sluchaev na proizvodstve v otdelnyx otraslyax i organizacijax». (rus)
8. Prikaz Minzdrava RF ot 21.03.2003 N 109 «O sovershenstvovanii protivotuberkuleznyx meroprijatij v Rossijskoj Federacii». (rus)
9. Prikaz Minzdrava RF ot 15 noyabrya 2012 g. N 932n «Ob utverzhdenii poryadka okazaniya medicinskoj pomoshhi bolnym tuberkulezom». (rus)
10. Prikaz Minzdrava RF ot 6 avgusta 2013 g. N 529n «Ob utverzhdenii nomenklatury medicinskix organizacij». (rus)
11. Nacionalnaya koncepciya profilaktiki infekcij, svyazannyx s okazaniem medicinskoj pomoshhi, utverzhdannaya 06.11.2011 g. Rukovoditelem Federalnoj sluzhby po nadzoru v sfere zashhity prav potrebitelya i blagopoluchiya cheloveka G.G. Onishhenko. (rus)
12. Metodicheskie rekomendacii MR 2.2.9.2242-07 «Gigienicheskie i epidemiologicheskie trebovaniya k usloviyam truda medicinskix rabotnikov, vypolnyayushhix raboty, svyazanye s riskom vozniknoveniya infekcionnyx zabolevanij», utverzhdennye 16.08.2007 g. Rukovoditelem Federalnoj sluzhby po nadzoru v sfere zashhity prav potrebitelej i blagopoluchiya cheloveka G.G. Onishhenko. (rus)
13. Metodicheskie ukazaniya MU 3.3.2.1761-03 «Poryadok unichtozheniya neprigodnyx k ispolzovaniyu vakcin i anatoksinov». (rus)
14. Fedorova L.S., Yuzbashev V.G., Popov S.A., Puzanov V.A., Sevastyanova E.V., Akimkin V.G., Frolova N.V., Myasnikova E.B., Volchenkov G.V., Pronkov V.A. Nagolkin A.V. Sistema infekcionnogo kontrolya v protivotuberkuleznyx uchrezhdeniyax. Rukovodstvo / pod red. L.S. Fedorovoj. — M.-Tver: OOO «Izdatelstvo «Triada», 2013. — Gl. 1. — S. 8–40. (rus)

Поступила в редакцию 02.11.2015 г.