

УДК 728.1

О.П. Пекарчук,
Луцький національний технічний університет

ПРИНЦИПИ ТА ОСОБЛИВОСТІ ПРОЕКТУВАННЯ ПОЛОГОВИХ БУДИНКІВ

В роботі розглянуті питання проектування пологових будинків. Актуальність теми обумовлена проблемами морального старіння пологових будинків та естетичних показників сучасним вимогам.

Ключові слова: *пологовий будинок, акушерсько-гінекологічний центр, ліжко-місце.*

Постановка проблеми

Науково доведено, що визначальний вплив на життя і здоров'я людини має період його внутрішньоутробного розвитку і саме народження. Тому слід звернути увагу на організацію акушерсько-гінекологічних центрів, що відповідали б сучасним вимогам і були відповідно оснащені.

Оскільки проблема пологових будинків може розглядатися широко, то увагу потрібно скерувати на архітектурно-розпланувальні характеристики. Вдала відповідність архітектурно-розпланувальних характеристик до функціональних вимог пологових будинків ховає в собі можливість покращення роботи таких закладів, а отже і здоров'я матерів та дітей.

Формулювання цілі статті

Визначити існуючі прийоми об'ємно-просторової та планувальної організації пологових будинків.

Визначити існуючу нормативну базу проектування пологових будинків.

Визначити потреби майбутніх матерів у організації та експлуатації пологових будинків та сформулювати вимоги до їх проектування.

Виклад основного матеріалу

У різних країнах в залежності від конкретних соціально-економічних, природно-географічних розміщень, системи і рівня організації медичної допомоги жінкам застосовуються різні варіанти архітектурно-планувальних рішень і санітарно-технічного впорядкування пологових будинків. Але у будь-якому випадку потрібно задовольнити основні вимоги що до їх проектування і будівництва:

- Пологовий будинок розміщується в найкращих для даного населеного пункту природних і екологічно безпечних умовах.

- У склад комплексу, в залежності від кількості місць, входять усі структурні підрозділи, що необхідні для оптимального функціонування пологового будинку.

- Розробка архітектурно-планувальної та інженерно-технічної основи, що створить в процесі експлуатації безпечні умови праці медичного персоналу і перебування жінок.

- Забезпечення медико-технологічних і гігієнічних вимог.

- Запобігання створення пологовим будинком ситуації інфікування повітря, стічних вод та інших об'єктів навколишнього середовища, шумового і психологічного дискомфорту.[2]

Розміри земельних ділянок для стаціонарів всіх типів регламентуються ДБН 360-90, ДБН 6.24-1 (СНіП 2.07.01—89). Площа земельних ділянок для пологових будинків слід приймати по нормативах стаціонарів з коефіцієнтом 0.7, а площі стаціонарів приймаються так: при потужності стаціонару до 50 ліжок— 300 м² на 1 ліжко, понад 50 до 100 ліжок — 300-200 м², понад 100 до 200 ліжок — 200-140 м², понад 200 до 400 ліжок— 140-100 м², понад 400 до 800 ліжок— 100-80 м², понад 800 до 1000 ліжок — 80-60 м², понад 1000 ліжок — 60 м².

При гігієнічній оцінці забудови ділянки лікарні важливими об'єктивними її критеріями є: відсоток забудови (залежить від системи забудови, місця розміщення і коливається від 10 до 18), площа озеленення (бажано не менше 60% площі ділянки) і в її склад входить площа садово-паркової зони (з розрахунку 25 м² на 1 ліжко).

Важливою умовою, що забезпечує реальну можливість функціонального зонування, є також оптимальна конфігурація ділянки. Найкращою конфігурацією вважається майданчик прямокутної форми із співвідношенням сторін 1:2 (3 : 4).[2, 7]

Обов'язкова умова функціонального зонування ділянки — роздільні в'їзди до корпусів і до господарської зони. Потрібно передбачати проїзди для пожежних машин. Перед головним входом в пологовий будинок слід передбачати упорядковані майданчики для відвідувачів з розрахунку 0,2 м² на 1 ліжко (відвідини в зміну), але не менше 50 м², а також стоянки для службового автотранспорту (співробітників, відвідувачів) — не ближче 100 м від палатних корпусів. Відстань пологового будинку від гаражів і відкритих автостоянок при кількості машиномісць до 10 повинна бути не менше 25 м, при 50 авто — не менше 50 м, при більшій кількості – відстань встановлюється за узгодженням з органами державного нагляду; відстань від станцій технічного обслуговування — не менше 50 м. Тимчасові стоянки індивідуального автотранспорту слід розміщувати не ближче 40 м від території. [2]

Багаторічна еволюція систем забудови лікарняних комплексів сепарувала три основні їх різновиди.

Відмітною ознакою децентралізованої (павільйонної) системи є розміщення на ділянці декількох (при великій кількості ліжко-місць), зазвичай малоповерхових корпусів (павільйонів), які використовуються для відділення одного профілю.

У централізованій системі забудови максимально скорочені шляхи пересування персоналу, хворих, транспортування вантажів, об'єднані лікувально-діагностичні та допоміжні служби, вони гранично наближені до палат відділення, найефективніше використовуються можливості сучасної санітарної техніки. Найбільш радикальним виразом цієї системи є розміщення практично всіх структурних підрозділів (у деяких варіантах включаючи харчоблок) у одній багатоповерховій будівлі.

В сучасних умовах найадекватніше медико-технологічним і гігієнічним вимогам відповідає система забудови лікарняних комплексів, що отримала найменування централізовано-блокової. Принципіальною відмінністю централізовано-блокової системи забудови є розділення всієї сукупності будівель пологового комплексу на дві групи, що відрізняються один від одного функціональним призначенням, характером експлуатації, устаткуванням і потребою в перманентній модернізації.

Змішана система забудови характеризується тенденцією до зменшення кількості корпусів до 2-4, централізації лікувально-діагностичних і допоміжних служб. При цьому зазвичай виділяється головний корпус. Змішана система забудови дозволяє функціонально зонувати територію ділянки, скоротити протяжність транспортування родильниць та породіль, переміщення білизни, різних вантажів, доставки живлення, забезпечити лікувально-профілактичний режим, ефективно використовувати складне діагностичне і лікувальне устаткування.

Конфігурація пологових будинків залежить від розмірів ділянки на якій вони проектується та розташування на ній. У результаті цих умов склалося 15 схем основних систем будівництва пологових будинків.

При будь-яких варіантах архітектурних рішень набір і внутрішнє планування приміщень лікарняного стаціонару визначаються призначенням, потребами й особливостями медико-технологічних і допоміжних процесів, здійснюваних у даному приміщенні.

Стаціонар пологового будинку – акушерський стаціонар має наступні основні підрозділи: 1) приймально-пропускний блок; 2) фізіологічне акушерське відділення (I) (50—55% від загальної кількості акушерських ліжок); 3) відділення (палати) патології вагітних (25—30% від загальної кількості

акушерських ліжок), рекомендації: довести ці ліжка до 40—50%; 4) відділення (палати) для новонароджених у складі I і II акушерського відділення; 5) акушерське відділення обсервації (II) (20—25% від загальної кількості акушерських ліжок); 6) гінекологічне відділення (25—30% від загальної кількості ліжок пологового будинку); 7) служба живлення; 8) адміністративно-службові та побутові приміщення; 9) приміщення для служб і споруд інженерного, санітарно-технічного, електро-технічного, ремонтного забезпечення. [3]

Гінекологічне відділення стаціонару підрозділяється на оперативне (анестезіологічне відділення) і консервативне.

Оперативне відділення – це операційний блок гінекологічного відділення, в принципі не відрізняється від загальнохірургічного.

Відділення патології вагітності організуються в пологових будинках (відділеннях) потужністю на 100 ліжок і більше. У відділеннях патології вагітних, жінки зазвичай поступають через оглядову I акушерського відділення, за наявності ознак інфекції – через оглядову відділення обсервації в ізольовані палати даного відділення. У пологових будинках, де не можливо організувати самостійні відділення патології, виділяють палати у складі I акушерського відділення.

Для *акушерського фізіологічного відділення* і *відділення обсервації*, гінекологічного відділення, відділення патології вагітних влаштовуються роздільні приймальні відділення. Потужність і кількість потоків хворих в них визначають з розрахунку, що протягом 1 доби через приймальне відділення проходить 15% жінок від кількості ліжок. На кожен потік для акушерських відділень — один фільтр із виходом на два потоки : у фізіологічне відділення і у відділення обсервації. В акушерському стаціонарі розділяють приймальні приміщення і шляхи руху (включаючи сходові клітки і ліфти) тих, що потрапляють у фізіологічне акушерське відділення та відділення патології вагітності з такими, що потрапляють у відділення обсервації.

Фізіологічне відділення(I) включає санітарний пропускник, що входить до складу загального приймально-пропускного блоку, пологовий блок, післяпологові палати для сумісного і роздільного перебування матері та дитини, кімнату виписки.

Пологовий блок складається з передпологових палат, палати інтенсивного спостереження, пологових палат (пологових залів), маніпуляційної для новонароджених, операційного блоку (велика операційна, передопераційна наркозна, малі операційні, приміщення для зберігання крові, переносної апаратури та ін.). У пологовому блоці також розміщують кабінети для медичного персоналу, їдальня, санітарні вузли та інші підсобні приміщення.

Основні палати пологового блоку (передпологові, пологові), а також малі операційні, повинні бути в подвійному наборі, щоб робота їх чергувалася з ретельною санітарною обробкою. Необхідно прагнути до того, щоб кожна жінка народжувала в окремій палаті. На 1 ліжко в передпологовій палаті слід виділяти 9 м^2 площі, на 2 і більше – по 7 м^2 на кожну. Кількість ліжок в передпологових палатах повинне складати 12% від всіх ліжок фізіологічного акушерського відділення. Світлі та просторі пологові палати (пологові зали) повинні містити 8% всіх акушерських ліжок фізіологічного акушерського відділення. На 1 пологове ліжко (рахманівське) повинно бути виділено 24 м^2 площі, на 2 ліжка — 36 м^2 .

Операційний блок складається з великої операційної (не менше 36 м^2) із передопераційною (не менше 22 м^2) і наркозної, 2-х малих операційних і підсобних приміщень (для зберігання крові, переносної апаратури та ін.). Загальна площа основних приміщень операційного блоку повинна бути не менше 110 м^2 . Малі операційні в пологовому блоці слід розміщувати в кімнатах з площею не менше 24 м^2 . Палата для новонароджених в пологовому блоці зазвичай розміщується між двома пологовими палатами (пологовими залами). Площа цієї палати, оснащеної всім необхідним для первинної обробки новонародженого та надання йому невідкладної (реанімаційної) допомоги, при розміщенні в ній 1 дитячого ліжка складає 15 м^2 .

Післяпологове відділення має в своєму складі палати для породіль, кімнати для зціджування та збору грудного молока, для протитуберкульозної вакцинації, процедурну, білизняну, санітарну кімнату. У післяпологовому відділенні бажано мати їдальню та кімнату денного перебування породіль (хол). У післяпологовому фізіологічному відділенні необхідно розмістити 45% всіх акушерських ліжок пологового будинку (відділення). Окрім розрахункової кількості ліжок, у відділенні повинні бути резервні («розвантажувальні») ліжка, що становлять приблизно 10% ліжкового фонду відділення.

Обсерваційне акушерське відділення(II) є в мініатюрі самостійним пологовим будинком із відповідним набором приміщень, що виконує всі покладені на нього функції. Кожне відділення обсервації має приймально-оглядову частину, передпологову, пологову, післяпологові палати, палати для новонароджених, операційну, маніпуляційну, буфет, санітарні вузли, виписну кімнату та інші підсобні приміщення.

Приміщення для виписки повинні включати: кімнату медичної сестри, кабінети для переодягання, приміщення для виписки породіль з новонародженими.

Жіноча консультація, що розміщується в акушерсько-гінекологічному корпусі, повинна мати зовнішній вхід, вестибуль із гардеробом для пацієнток і

персоналу, спеціальні приймальні кабінети: акушера, гінеколога, зубного лікаря, фізіотерапевтичний, процедурний, соціально-правовий та ін. Перед кабінетами повинна бути світла очікувальна, зручна для розміщення в ній санітарно-освітньої виставки. Жіноча консультація повинна бути повністю ізольована від стаціонару і тому в загальній лікарні її можна розміщувати в поліклінічному корпусі, розділяючи цим потоки амбулаторних і стаціонарних хворих.

Приміщення для персоналу. Персонал, що приходить на роботу в пологове відділення, повинен пройти обов'язкову санітарну обробку зі зміною власного одягу на спецодяг.

Пропускник повинен складатися з трьох елементів: роздягальної, душової, одягальної з індивідуальними шафами для всього медичного персоналу. Пропускники повинні бути роздільні для фізіологічного і обсерваційного відділень. [5]

Планувальні рішення повинні зумовлювати організацію роботи відділення з метою максимального попередження розповсюдження внутрішньолікарняної інфекції. Тому виникло три системи розміщення матерів та новонароджених: *централізована система, секційно-централізована система, децентралізована система.* [1]

Отже, ідея пологового будинку сьогодення цілком очевидна: приваблива споруда, утихомирений пологовий будинок з м'яким освітленням, з прекрасним краєвидом за вікном, зігнутими коридорами, садами з безліччю витворів мистецтва, де можна повністю розслабитися та заспокоїтися. Пацієнтки в таких лікарнях швидше видужуватимуть, медсестри будуть лояльнішими по відношенню до своїх працедавців, а лікарі виконуватимуть свої обов'язки краще.

Висновки

- Вдосконалення організаційних заходів, направлених на розширення спільного перебування в пологовому будинку матері і дитини.
- Створення медико-генетичних консультацій, для профілактики спадкових захворювань.
- Удосконалення архітектурно-планувальних вирішень пологових будинків, наближення їх до європейських стандартів.
- Збільшення в процентному відношенні числа ліжок у відділеннях патології вагітності. На даний момент кількість ліжок у цьому відділенні становить 25-30%, краще буде коли їх кількість становитиме 40-50% від загальної кількості ліжок акушерського відділення.
- Проектування у пологових будинках зал для заняття лікувальною фізкультурою, по можливості, передбачати басейн для занять аквагімнастикою.

Література

1. Аллен Р., фон Кароли И. Пособие по проектированию больниц: Пер. с англ. – М.: Стройиздат, 1978. – 249с., ил. – Перевод изд.: Hospital Planning Handbook/ Rex Whitaker Allen, Ilona von Karolyi. – John Eiley & Sons (1976).
2. Акушерство і гінекологія: Збірник. Нормативні директивні правові документи/ Відп. за вип. Т.В. Марухно; МОЗ України: Київ міськ. Наук. Інформ. – аналіт. Центр мед. Статистики. – К.: МВЦ Медікінформ, 2003.
3. Акушерско – гинекологическая помощь: Руководство для врачей/ Под ред. В.И. Кулакова. – М.: МЕД пресс, 2000-512 с.
4. «Будинки і споруди, заклади охорони здоров'я» (ДБН В 2.2-10-2000 на зміну СН 535-81).
5. Збірник важливих офіційних матеріалів з санітарних і протиепідемічних питань: Видання офіційне. У 6-ти томах. Т.1 у двох частинах. Ч.1/ Упоряд. М. С. Мухарський. – К.,1995 – 264 с.
6. К.Ю. Пидгирняк, В.П. Пидгирняк. Архитектура зданий лечебных учреждений. – К.: Будивэльнык, 1990 – 93с.
7. «Санітарні правила влаштування, устаткування і експлуатації лікарень, пологових будинків і інших лікувальних стаціонарів» (СанПін 5179—90).

Аннотация

В работе рассмотрены вопросы проектирования роддомов. Актуальность темы обусловлена проблемами морального старения роддомов и эстетических показателей современным требованиям.

Ключевые слова: роддом, акушерско-гинекологический центр, койко-место.

Annotation

In work considered the questions of planning of maternity hospitalare. Actuality of theme is conditioned the problems of moral senescence of maternity hospitals and aesthetically beautiful indexes modern requirements.

Keywords: maternity hospital, obstetric-gynaecological center, bed-place.