Государственное
санитарно-эпидемиологическое нормирование
Российской Федерации

Государственные санитарно-эпидемиологические
правила и нормативы

2.1.3. МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ

Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность

Санитарно-эпидемиологические
правила и нормативы

СанПиН 2.1.3.2630–10

Издание официальное

МОСКВА
2010

gost.e-ecolog.ru

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека

2.1.3. МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ

Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность

Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 2.1.3.2630—10

ББК 51.21я8
С18

С18 **Санитарно**-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность: Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы.—М.: Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора, 2010.—255 с.

ISBN 978—5—7508—0925—7

1. Разработаны Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Н. В. Шестопалов, О. И. Аксёнова, А. С. Гуськов, Б. Г. Бокитько, Е. С. Почтарева, А. В. Бормашов, Г. Ф. Лазикова, Н. В. Фролова, Т. И. Фролочкина, Г. С. Перминова, С. В. Сенников), Управлением Роспотребнадзора по г. Москве (Н. Н. Филатов, Е. П. Игонина, С. Е. Охрименко, В. Н. Лазаренко, Г. Н. Жичкина), ФГУН «НИИ дезинфектологии» Роспотребнадзора (М. Г. Шандала, Л. Г. Пантелеева, И. М. Абрамова, Н. Ф. Соколова, Л. С. Федорова), ФГУН ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора (Н. А. Семина, Е. П. Ковалева, А. В. Тутельян, А. И. Заргарьянц), Учреждением РАМН НИИ медицины труда РАМН (Н. Ф. Измеров, А. Е. Ермоленко, Л. В. Прокопенко, О. К. Кравченко, Ю. П. Пальцев, Н. Б. Рубцова, Р. Ф. Афанасьева, Н. Н. Курьеров, Д. В. Марков, Н. И. Иванова, Л. Г. Макеева), НИИ экологии человека и гигиены окружающей среды им. А. Н. Сысина РАМН (Ю. Д. Губернский, Н. С. Орлова), ГОУ ВПО ММА им. И. М. Сеченова (В. Г. Акимкин), ГОУ ВПО СПб ГМА им. И. И. Мечникова (Л. П. Зуева, Е. Н. Колосовская, А. В. Любимова, Г. Б. Еремин, Н. А. Мозжухина, А. В. Суворова, В. А. Никонов), ГОУ ДПО СПбМАПО Росздрава (А. П. Щербо, О. В. Мироненко), ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В. И. Кулакова» Росмедтехнологий (Е. Н. Байбарина, И. И. Рюмина, Ю. Н. Ермилов, Д. Н. Дегтярёв), ФГУ ЦНИИ стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Росмедтехнологий (В. Д. Вагнер, Л. Е. Смирнова, О. А. Поповкина); МГМСУ (В. А. Катаева); ФГУ «Институт хирургии им. А. В. Вишневского» Росмедтехнологий (Р. П. Терехова), ФГУЗ «Федеральный центр гигиены и эпидемиологии» Роспотребнадзора (Г. С. Коршунова, Т. Д. Кузькина, Н. Я. Жилина), ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в г. Москве» (А. В. Иваненко, О. А. Груздева, И. А. Храпунова, Л. Н. Савицкая, Л. И. Иванова, Г. И. Николаева, И. Н. Зайцева, В. П. Гаркина, Е. А. Руднева, Г. А. Гвелесиани), ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Свердловской области» (А. С. Гостевских); ФГУП Дирекция единого заказчика-застройщика Росздрава (Ю. А. Вялов), ЗАО «Гипроздрав-НПЦ по объектам здравоохранения и отдыха» (Л. Ф. Сидоркова, М. В. Толмачева), Общероссийской общественной организацией малого и среднего предпринимательства «Опора России» (Н. В. Ушакова, Ю. Г. Саакян, С. С. Кривуля); Стоматологической Ассоциацией России (В. О. Данилов, Ю. М. Максимовский); Ассоциацией «Стоматологическая Индустрия» (И. В. Павленко, В. И. Козлов), центром «Урало-Сибирский Центр по профилактике

ФГУН ЕНИИВИ» Роспотребнадзора (А. Ю. Чистякова); ООО «ПРОМЕД» (М. Е. Рыклина), НПФ «Поток-Интер» (А. В. Наголкин), ООО «Дезиндустрия» (Е. Н. Зубова, И. В. Капба), Министерством здравоохранения Красноярского края (Е. Е. Корчагин, Т. Н. Бородина).

2. Рекомендованы к утверждению Комиссией по государственному санитарно-эпидемиологическому нормированию при Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

3. Утверждены постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации Г. Г. Онищенко от 18 мая 2010 г. № 58.

4. Введены в действие со дня вступления в силу настоящего постановления.

5. Зарегистрированы в Министерстве юстиции Российской Федерации 9 августа 2010 г. Регистрационный номер 18094.

6. Введены взамен СанПиН 2.1.3.1375-03 «Гигиенические требования к размещению, устройству, оборудованию и эксплуатации больниц, родильных домов и других лечебных стационаров», утвержденные постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации 06.06.2003 № 124 (зарегистрированы в Минюсте России 18.06.2003, регистрационный номер 4709); СанПиН 2.1.3.2195—07, изменение 1 к СанПиН 2.1.3.1375—03, утвержденные постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации 25.04.2007 № 19 (зарегистрированы в Минюсте России 05.06.2007, регистрационный номер 9597); СП 3.1.2485—09 «Профилактика внутрибольничных инфекций в стационарах (отделениях) хирургического профиля лечебных организаций», дополнение 1 к СанПиН 2.1.3.1375—03, утвержденные постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации 13.02.2009 № 9 (зарегистрированы в Минюсте России 20.03.2009, регистрационный номер 13548); СанПиН 2.1.3.2524—09 «Санитарно-гигиенические требования к стоматологическим медицинским организациям» изменение 2 к СанПиН 2.1.3.1375—03, утвержденные постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации 07.07.2009 № 48 (зарегистрированы в Минюсте России 20.08.2009, регистрационный номер 14581); СанПиН 3.5.2528—09 «Организация дезинфекционных и стерилизационных мероприятий в лечебно-профилактических организациях», дополнение 2 к СанПиН 2.1.3.1375—03, утвержденные постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации 06.08.2009 № 51 (зарегистрированы в Минюсте России 26.08.2009, регистрационный номер 14624); СанПиН 2.1.3.2576—10 изменение 3 к СанПиН 2.1.3.1375—03, утвержденные постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации 04.03.2010 № 18 (зарегистрированы в Минюсте России 27.04.2010, регистрационный номер 17017).

ББК 51.21я8

© Роспотребнадзор, 2010
© Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора, 2010

Федеральный закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ

«Государственные санитарно-эпидемиологические правила и нормативы (далее – санитарные правила) – нормативные правовые акты, устанавливающие санитарно-эпидемиологические требования (в том числе критерии безопасности и (или) безвредности факторов среды обитания для человека, гигиенические и иные нормативы), несоблюдение которых создает угрозу жизни или здоровью человека, а также угрозу возникновения и распространения заболеваний» (статья 1).

«Соблюдение санитарных правил является обязательным для граждан, индивидуальных предпринимателей и юридических лиц» (статья 39).

«За нарушение санитарного законодательства устанавливается дисциплинарная, административная и уголовная ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации» (статья 55).

ГЛАВНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ САНИТАРНЫЙ ВРАЧ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

18.05.10 Москва № 58

Об утверждении
СанПиН 2.1.3.2630—10

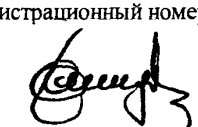
В соответствии с Федеральным законом от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, № 14, ст. 1650; 2002, № 1 (ч. 1), ст. 2; 2003, № 2, ст. 167; № 27 (ч. 1), ст. 2700; 2004, № 35, ст. 3607; 2005, № 19, ст. 1752; 2006, № 1, ст. 10; № 52 (ч. 1) ст. 5498; 2007 № 1 (ч. 1) ст. 21; № 1 (ч. 1) ст. 29; № 27, ст. 3213; № 46, ст. 5554; № 49, ст. 6070; 2008, № 24, ст. 2801; № 29 (ч. 1), ст. 3418; № 30 (ч. 2), ст. 3616; № 44, ст. 4984; № 52 (ч. 1), ст. 6223; 2009, № 1, ст. 17) и постановлением Правительства Российской Федерации от 24.07.2000 № 554 «Об утверждении Положения о государственной санитарно-эпидемиологической службе Российской Федерации и Положения о государственном санитарно-эпидемиологическом нормировании» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2000, № 31, ст. 3295; 2004, № 8, ст. 663; № 47, ст. 4666; 2005, № 39, ст. 3953)

ПОСТАНОВЛЯЮ:

1. Утвердить санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 2.1.3.2630—10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» (приложение).

2. Ввести в действие указанные санитарно-эпидемиологические правила и нормативы со дня вступления в силу настоящего постановления.

3. С момента введения в действие санитарно-эпидемиологических правил и нормативов СанПиН 2.1.3.2630—10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» считать утратившим силу СанПиН 2.1.3.1375—03 «Гигиенические требования к размещению, устройству, оборудованию и эксплуатации больниц, родильных домов и других лечебных стационаров», утвержденные постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации 06.06.2003 № 124 (зарегистрированы в Минюсте России 18.06.2003, регистрационный номер 4709); СанПиН 2.1.3.2195—07, изменение 1 к СанПиН 2.1.3.1375—03, утвержденные постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации 25.04.2007 № 19 (зарегистрированы в Минюсте России 05.06.2007, регистрационный номер 9597); СП 3.1.2485—09 «Профилактика внутрибольничных инфекций в стационарах (отделениях) хирургического профиля лечебных организаций», дополнение 1 к СанПиН 2.1.3.1375—03, утвержденные постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации 13.02.2009 № 9 (зарегистрированы в Минюсте России 20.03.2009, регистрационный номер 13548); СанПиН 2.1.3.2524—09 «Санитарно-гигиенические требования к стоматологическим медицинским организациям» изменение 2 к СанПиН 2.1.3.1375—03, утвержденные постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации 07.07.2009 № 48 (зарегистрированы в Минюсте России 20.08.2009, регистрационный номер 14581); СанПиН 3.5.2528—09 «Организация дезинфекционных и стерилизационных мероприятий в лечебно-профилактических организациях, дополнение 2 к СанПиН 2.1.3.1375—03, утвержденные постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации 06.08.2009 № 51 (зарегистрированы в Минюсте России 26.08.2009, регистрационный номер 14624); СанПиН 2.1.3.2576—10 изменение 3 к СанПиН 2.1.3.1375—03, утвержденные постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации 04.03.2010 №18 (зарегистрированы в Минюсте России 27.04.2010, регистрационный номер 17017).



Г. Г. Онищенко

Зарегистрировано в Минюсте Российской Федерации 9.08.2010, регистрационный номер 18094.

Содержание

I. Общие требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность ... 10
1. Общие положения и область применения ... 10
2. Требования к размещению и территории лечебно-профилактических организаций (ЛПО) ... 11
3. Требования к зданиям, сооружениям и помещениям ... 14
4. Требования к внутренней отделке помещений ... 16
5. Требования к водоснабжению и канализации ... 17
6. Требования к отоплению, вентиляции, микроклимату и воздушной среде помещений ... 18
7. Требования к естественному и искусственному освещению ... 24
8. Требования к инвентарю и технологическому оборудованию ... 25
9. Общие требования к организации профилактических и противоэпидемических мероприятий ... 28
10. Санитарно-эпидемиологические особенности организации подразделений различного профиля ... 29
11. Санитарное содержание помещений, оборудования, инвентаря ... 42
12. Правила обработки рук медицинского персонала и кожных покровов пациентов ... 46
13. Требования к правилам личной гигиены пациентов ... 49
14. Требования к организации питания пациентов ... 50
15. Требования к условиям труда медицинского персонала ... 55
II. Организация дезинфекционных и стерилизационных мероприятий в организациях, осуществляющих медицинскую деятельность ... 59
1. Общие положения ... 59
2. Требования к проведению дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации изделий медицинского назначения ... 64
3. Обеспечение проведения дезинфекционных и стерилизационных мероприятий ... 70
III. Профилактика внутрибольничных инфекций в стационарах (отделениях) хирургического профиля ... 71
1. Организация мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций ... 71
2. Эпидемиологический надзор ... 74
3. Основные принципы профилактики внутрибольничных инфекций ... 81
4. Профилактика внутрибольничных инфекций в операционном блоке и перевязочных ... 85
5. Профилактика внутрибольничных инфекций в отделениях реанимации и интенсивной терапии ... 89
6. Дезинфекционные и стерилизационные мероприятия ... 91
IV. Профилактика внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах (отделениях) ... 95

1. Организация мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах ... 95
2. Организация противоэпидемического режима ... 97
3. Правила содержания структурных подразделений акушерских стационаров и перинатальных центров ... 100
4. Организация и проведение дезинфекционных и стерилизационных мероприятий ... 106
5. Эпидемиологический надзор за внутрибольничными инфекциями ... 110
6. Проведение расследования и ликвидации групповых внутрибольничных заболеваний среди новорождённых детей и родильниц ... 118
V. Санитарно-гигиенические требования к стоматологическим медицинским организациям ... 119
1. Общие положения ... 119
2. Требования к размещению стоматологических медицинских организаций ... 119
3. Требования к внутренней отделке помещений ... 120
4. Требования к оборудованию ... 121
5. Требования к микроклимату, отоплению, вентиляции ... 122
6. Требования к естественному и искусственному освещению ... 125
7. Обеспечение радиационной безопасности при размещении и эксплуатации рентгеновских аппаратов и кабинетов ... 126
8. Санитарно-противоэпидемические мероприятия ... 130
VI. Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, оборудованию и эксплуатации фельдшерско-акушерских пунктов, амбулаторий ... 137
1. Общие положения ... 137
2. Гигиенические требования к размещению и территории ... 137
3. Гигиенические требования к зданиям, сооружениям и помещениям ... 138
4. Требования к внутренней отделке помещений ... 139
5. Требования к водоснабжению и канализации ... 139
6 Требования к отоплению, вентиляции, микроклимату и воздушной среде помещений ... 140
7. Гигиенические требования к естественному и искусственному освещению ... 140
8. Требования к инвентарю и технологическому оборудованию ... 141
9. Санитарно-противоэпидемические мероприятия ... 141
10. Гигиенические требования к условиям труда и личной гигиене медицинского и обслуживающего персонала ... 143
Приложение 1. Минимальные площади помещений ... 144
Приложение 2. Состав, набор и минимальные рекомендуемые площади помещений стоматологической медицинской организации ... 152
Приложение 3. Класс чистоты, рекомендуемый воздухообмен, допустимая и расчетная температура ... 154
Приложение 4. Предельно-допустимые концентрации (ПДК) и классы опасности вредных веществ в воздухе помещений лечебных учреждений ... 161

Приложение 5. Нормируемые показатели естественного, искусственного и совмещенного освещения основных помещений медицинских организаций 162

Приложение 6. Перечень изделий медицинской техники и медицинского назначения, используемых в медицинской и фармацевтической деятельности и подлежащих санитарно-эпидемиологической и гигиенической оценке:..... 166

Приложение 7. Допустимые уровни физических факторов, создаваемые изделиями медицинской техники..... 169

Приложение 8. Предельно допустимые уровни (ПДУ) электромагнитных излучений на рабочих местах медицинского персонала 203

Приложение 9. Допустимые уровни звука медицинской техники в помещениях лечебно-профилактических организаций 205

Приложение 10. Предельно допустимые уровни звука и эквивалентные уровни звука на рабочих местах для трудовой деятельности разных категорий тяжести и напряженности, дБА 205

Приложение 11. Предельно допустимые уровни воздушного ультразвука на рабочих местах 205

Приложение 12. Экстренная профилактика парентеральных вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции..... 206

Приложение 13. Перечень регистрируемых нозологических форм послеоперационных инфекций..... 207

Приложение 14. Порядок уборки помещений различных структурных отделений акушерского стационара..... 208

Приложение 15. Перечень регистрируемых нозологических форм инфекционных заболеваний в акушерских стационарах 210

Приложение 16. Термины и определения 211

Приложение 17. Рекомендуемый порядок расследования групповых внутрибольничных заболеваний среди новорождённых и родильниц 218

Приложение 18. Определение потребности в дезинфицирующих, стерилизующих средствах, средствах для предстерилизационной очистки и кожных антисептиках..... 224

Приложение 19. Работа администрации и специалистов лечебно-профилактической организации по организации и проведению дезинфекционных и стерилизационных мероприятий (примерное распределение обязанностей) 237

Приложение 20. Примерный план производственного контроля за соблюдением санитарных правил при проведении дезинфекционных и стерилизационных мероприятий..... 245

Библиографические данные 251

Приложение
УТВЕРЖДЕНЫ
постановлением
Главного государственного
санитарного врача
Российской Федерации
от 18 мая 2010 г. № 58

2.1.3. МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ

Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность

Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 2.1.3.2630—10

I. Общие требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность

1. Общие положения и область применения

1.1. Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы (далее – санитарные правила) устанавливают санитарно-эпидемиологические требования к размещению, устройству, оборудованию, содержанию, противоэпидемическому режиму, профилактическим и противоэпидемическим мероприятиям, условиям труда персонала, организации питания пациентов и персонала организаций, осуществляющих медицинскую деятельность (далее – ООМД).

1.2. Санитарные правила предназначены для индивидуальных предпринимателей и юридических лиц независимо от их организационно-правовой формы и формы собственности, осуществляющих медицинскую деятельность, и обязательны для исполнения на территории Российской Федерации. Проектирование, строительство, реконструкция, капитальный ремонт, перепланировка, эксплуатация объектов здравоохранения осуществляются в соответствии с настоящими правилами.

1.3. Медицинская деятельность подлежит лицензированию в соответствии с законодательством Российской Федерации. Обязательным условием для принятия решения о выдаче лицензии является представление соискателем лицензии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооруже-

ний, помещений, оборудования и иного имущества, которые соискатель лицензии предполагает использовать для осуществления деятельности.

1.4. Надзор за выполнением настоящих правил проводится органами, уполномоченными осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

1.5. Ответственность за соблюдение требований настоящих правил возлагается на индивидуальных предпринимателей, юридических и должностных лиц.

1.6. Медицинская техника, мебель, оборудование, дезинфекционные средства, изделия медицинского назначения, строительные и отделочные материалы, а также используемые медицинские технологии, должны быть разрешены к применению на территории Российской Федерации в установленном порядке.

1.7. Администрация ООМД обязана организовать производственный контроль за соблюдением санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов с проведением лабораторно-инструментальных исследований и измерений в соответствии с действующими нормативными документами.

2. Требования к размещению и территории лечебно-профилактических организаций (ЛПО)

2.1. ЛПО располагают на территории жилой застройки, в зеленой или пригородной зонах на расстоянии от общественных, промышленных, коммунальных, хозяйственных и других организаций в соответствии с требованиями, предъявляемыми к планировке и застройке городских, поселковых и сельских населенных пунктов, а также в соответствии с гигиеническими требованиями к санитарно-защитным зонам. Отвод земельного участка подлежит согласованию с органами, осуществляющими государственный санитарно-эпидемиологический надзор, с оформлением санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии участка санитарным правилам и нормативам.

2.2. Стационары психиатрического, инфекционного, в т. ч. туберкулезного профиля, располагают на расстоянии не менее 100 м от территории жилой застройки. Стационары указанного профиля на 1 000 и более коек желательно размещать в пригородной или зеленой зонах.

2.3. На участке ЛПО не должны располагаться здания организаций, функционально не связанных с ней. На территории ЛПО или в непосредственной близости от неё целесообразно предусматривать гостиницы или пансионаты для проживания пациентов, прибывших на амбулаторное обследование и/или сопровождающих лиц.

2.4. На участке размещения ЛПО почва по санитарно-химическим, микробиологическим, паразитологическим показателям, радиационному

фактору должна соответствовать гигиеническим нормативам, содержание вредных веществ в атмосферном воздухе, уровни электромагнитных излучений, шума, вибрации, инфразвука не должны превышать гигиенические нормативы.

2.5. Через территорию ЛПО не должны проходить транзитные инженерные и транспортные коммуникации.

2.6. В жилых и общественных зданиях, при наличии отдельного входа, допускается размещать амбулаторно-поликлинические ЛПО мощностью не более 100 посещений в смену, включая фельдшерско-акушерские пункты (ФАП), организации с дневными стационарами.

2.7. В жилых и общественных зданиях не допускается размещение ЛПО, оказывающих помощь инфекционным (в т. ч. туберкулезным больным), за исключением амбулаторно-поликлинического консультативного приема дерматолога.

2.8. ЛПО для оказания помощи по лечению алкогольной и наркотической зависимости не допускается размещать в жилых зданиях.

2.9. В жилых зданиях и во встроенно-пристроенных к ним помещениях не допускается размещать микробиологические лаборатории (отделения), отделения магнитно-резонансной томографии.

2.10. Требования к размещению организаций, эксплуатирующих источники ионизирующих излучений, определяются в соответствии с нормами радиационной безопасности и санитарно-гигиеническими требованиями к данному виду деятельности.

2.11. Площади земельных участков стационаров и отдельностоящих амбулаторно-поликлинических организаций должны определяться в соответствии с требованиями градостроительных нормативных документов. Рекомендуемые площади земельного участка стационара в зависимости от коечной емкости представлены в табл. 1.1).

Таблица 1.1

Площадь земельного участка на 1 койку

Коечная емкость стационара	50	150	300—400	500—600	800	1 000
Площадь земельного участка на 1 койку, $м^2$	300	200	150	100	80	60

2.12. Рекомендуемый размер земельного участка поликлиники рассчитывается на число посещений в смену: 0,1 га на 100 посещений в смену, но не менее 0,5 га на один объект. Подстанции скорой помощи - 0,2—0,4 га на один объект; для размещения транспорта предусматривается отапливаемая стоянка из расчета 36 $м^2$ на одно машиноместо. Расстояние стоянки машин скорой помощи до жилых домов предусматривается не менее 50 м.

2.13. Территория ЛПО должна быть благоустроена с учетом необходимости обеспечения лечебно-охранительного режима, озеленена, ограждена и освещена. Площадь зеленых насаждений и газонов должна составлять не менее 50 % общей площади участка стационара. В условиях стесненной городской застройки, а также в стационарах, не имеющих в своем составе палатных отделений восстановительного лечения и ухода, допускается уменьшение площади участка в пределах 10—15 % от нормируемой за счёт сокращения доли зеленых насаждений и размеров садово-парковой зоны.

В целях предупреждения снижения естественной освещенности и инсоляции деревья высаживаются на расстоянии не ближе 15 м, кустарники – 5 метров от светонесущих проемов зданий.

2.14. На территории стационаров выделяются зоны: лечебных корпусов для инфекционных и неинфекционных больных, садово-парковая, патолого-анатомического корпуса, хозяйственная и инженерных сооружений. Инфекционный корпус отделяется от других корпусов полосой зеленых насаждений.

2.15. Патолого-анатомический корпус с ритуальной зоной не должен просматриваться из окон палатных отделений, а также жилых и общественных зданий, расположенных вблизи ЛПО. В ритуальную зону ЛПО необходим отдельный въезд.

2.16. Инфекционные, кожно-венерологические, акушерские, детские, психосоматические, радиологические отделения, входящие в состав многопрофильных лечебных учреждений, размещаются в отдельно стоящих зданиях. К инфекционному отделению предусматривается отдельный въезд (вход) и крытая площадка для дезинфекции транспорта. При соответствующей планировочной изоляции и наличии автономных систем вентиляции допускается размещение указанных подразделений в одном здании с другими отделениями, за исключением противотуберкулезных подразделений. Для инфекционного отделения необходимо предусматривать отдельный вход.

2.17. На территории хозяйственной зоны ЛПО 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 площадь основания контейнеров на 1,5 м во все стороны. Контейнерная площадка должна быть защищена от постороннего доступа, иметь ограждение и навес.

2.18. Обращение с отходами медицинских организаций осуществляется в соответствии с требованиями действующих нормативных документов.

3. Требования к зданиям, сооружениям и помещениям

3.1. Архитектурно-планировочные и конструктивные решения зданий и помещений для медицинской деятельности должны обеспечивать оптимальные условия для осуществления лечебно-диагностического процесса, соблюдения санитарно-противоэпидемического режима и труда медицинского персонала. Высота помещений допускается не менее 2,6 м.

3.2. В медицинских организациях должны быть созданы условия для удобного доступа и комфортного пребывания маломобильных групп населения.

3.3. Структура, планировка и оборудование помещений должны обеспечивать поточность технологических процессов и исключать возможность перекрещивания потоков с различной степенью эпидемиологической опасности.

3.4. В каждом лечебно-диагностическом подразделении следует предусматривать кабинет заведующего, помещение старшей медицинской сестры, помещения персонала.

3.5. Подразделения (помещения) с асептическим режимом, палатные отделения, отделения лучевой диагностики и терапии, другие подразделения с замкнутым технологическим циклом (лаборатория, пищеблок, ЦСО, аптека, прачечная) не должны быть проходными.

3.6. 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. Минимальные площади помещений следует принимать согласно приложений 1 и 2 настоящих правил. С целью создания оптимальных условий проведения лечебно-диагностического процесса, комфортного пребывания пациентов и обеспечения безопасности труда медицинского персонала, площади отдельных помещений могут увеличиваться. Площадь помещений, не указанных в таблице, принимается по заданию на проектирование и определяется габаритами и расстановкой оборудования, числом лиц одновременно находящихся в помещении с соблюдением последовательности технологических процессов и нормативных расстояний, обеспечивающих рациональную расстановку оборудования и свободное передвижение больных и персонала.

3.7. В медицинских организациях, являющихся учебными или научными базами, необходимо дополнительно предусматривать учебные помещения для студентов и курсантов, кабинеты для преподавателей, самостоятельные вспомогательные помещения (раздевалки, туалеты, кладовые).

3.8. Допускается свободная ориентация окон помещений по сторонам света. Продолжительность инсоляции следует принимать с учетом

требований санитарных нормативов по инсоляции и солнцезащите помещений жилых и общественных зданий и территорий.

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

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

3.11. Уровни шума в палатах не должны превышать гигиенические нормативы для жилых и общественных зданий.

3.12. Для приема, лечения и временной изоляции пациентов с инфекционными заболеваниями или подозрением на них, оборудуются приемно-смотровые боксы, боксы, боксированные палаты.

3.13. Помещения, в которых предусматривается транспортирование пациентов на каталках/функциональных кроватях, должны иметь дверные проемы шириной не менее 120 см (для существующих ЛПО – не менее 110 см).

3.14. В медицинских организациях, где проводятся парентеральные манипуляции с применением многоразового медицинского инструмента, следует предусматривать централизованные стерилизационные отделения (ЦСО), площадь и состав которых определяется профилем и мощностью учреждения.

3.15. При проектировании прачечных при медицинских организациях производительность следует принимать из расчета 2,3 кг сухого белья в смену на 1 койку (в случае круглосуточного пребывания лиц по уходу добавляется 1 кг), 0,4 кг сухого белья в сутки на одно посещение амбулаторно-поликлинического отделения (организации).

В медицинских организациях небольшой мощности допускается устройство мини-прачечных (для стирки спецодежды, полотенец, салфеток) в составе не менее двух смежных помещений (одно для сбора и стирки, другое для сушки и глажения).

3.16. В стационарах следует предусматривать дезинфекционное отделение, состав и площадь которого определяется количеством обрабатываемых постельных принадлежностей. При отсутствии собственного дезинфекционного отделения дезинфекция постельных принадлежностей может проводиться в других организациях, имеющих дезинфекционные камеры.

3.17. ЛПО должны иметь раздельные туалеты для больных и персонала, за исключением амбулаторно-поликлинических организаций с мощностью до 50 посещений в смену.

3.18. Во вновь строящихся и реконструируемых ЛПО для пациентов при палатах предусматриваются санузлы, оснащенные раковиной, унитазом, душем. Двери в санузлах для пациентов должны открываться наружу.

3.19. Межэтажные перекрытия, перегородки, стыки между ними и отверстия для прохождения инженерных коммуникаций и проводок должны быть грызунонепроницаемыми.

4. Требования к внутренней отделке помещений

4.1. Для внутренней отделки используются материалы в соответствии с функциональным назначением помещений.

4.2. Поверхность стен, полов и потолков помещений должна быть гладкой, без дефектов, легкодоступной для влажной уборки и устойчивой к обработке моющими и дезинфицирующими средствами. При использовании панелей их конструкция также должна обеспечивать гладкую поверхность.

4.3. 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 другие).

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

Полы в вентиляционных камерах должны иметь непылеобразующее покрытие.

4.4. В помещениях классов чистоты А и Б покрытия стен на всю высоту помещений и потолка должны быть гладкими, влагостойкими, устойчивыми к применению моющих и дезинфицирующих средств.

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

4.6. 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.

4.7. Допускается применение подвесных, натяжных, подшивных и других видов потолков, обеспечивающих гладкость поверхности и возможность проведения их влажной очистки и дезинфекции.

5. Требования к водоснабжению и канализации

5.1. Все вновь строящиеся, реконструируемые и действующие лечебные учреждения должны быть оборудованы водопроводом, канализацией, централизованным горячим водоснабжением. Качество воды для хозяйственно-питьевого назначения должно соответствовать требованиям санитарных правил.

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

5.2. Очистка и обеззараживание сточных вод от ЛПО 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 ЛПО должны подвергаться полной биологической очистке и обеззараживанию на локальных сооружениях.

5.3. С целью предупреждения засорения канализационных систем здания в помещениях для приготовления гипса следует предусмотреть установку гипсоотстойника.

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

Для очистки производственных сточных вод из здания пищеблока в больницах на 500 коек и более следует предусмотреть установку (вне здания) жироуловителей.

5.4. Для вновь строящихся и реконструируемых ЛПО на случай выхода из строя или проведения профилактического ремонта системы горячего водоснабжения должно быть предусмотрено централизованное резервное горячее водоснабжение. Для существующих учреждений в качестве резервного источника устанавливаются водонагревательные устройства.

5.5. Во врачебных кабинетах, комнатах и кабинетах персонала, в туалетах, материнских комнатах при детских отделениях, процедурных, перевязочных и вспомогательных помещениях должны быть установлены умывальники с подводкой горячей и холодной воды, оборудованные смесителями. Температура горячей воды в точках разбора детских и психиатрических палат, (в т. ч. душевых, санузлов для пациентов) не должна превышать 37 °С.

В палатах, шлюзах при палатах умывальники устанавливаются в соответствии с заданием на проектирование.

5.6. Предоперационные, перевязочные, родовые залы, реанимационные, процедурные кабинеты, посты медсестер при палатах новорождённых, посты медсестер (в строящихся и проектируемых ЛПО) и другие помещения, требующие соблюдения особого режима и чистоты рук обслуживающего медперсонала, следует оборудовать умывальниками с установкой смесителей с локтевым (бесконтактным, педальным и прочим не кистевым) управлением и дозаторами с жидким (антисептическим) мылом и растворами антисептиков.

Такие же краны и дозаторы устанавливаются в инфекционных, туберкулезных, кожно-венерологических, гнойных, ожоговых, гематологических отделениях, клинико-диагностических и бактериологических лабораториях, а также в санпропускниках, шлюзах-боксах, полубоксах и санузлах для персонала.

5.7. В палатах новорождённых устанавливаются раковины с широкой чашей и высокими смесителями.

5.8. В кабинетах, где проводится обработка инструментов, следует предусматривать отдельную раковину для мытья рук или двугнездную раковину (мойку).

5.9. Санузлы обеспечиваются туалетной бумагой, средствами для мытья рук.

5.10. Санитарные комнаты палатных отделений должны быть оборудованы устройствами для обработки и сушки суден, клеенок.

5.11. Для удобства пациентов в санитарных узлах при палатах конструкция душевых кабин может предусматривать слив без установки душевых поддонов или душевых поддонов без бортиков.

5.12. В целях профилактики внутрибольничного легионеллеза в отделениях (палатах) для лечения иммунокомпрометированных пациентов (трансплантологии, онкогематологии, ожоговых и т. п.) при температуре горячей воды в точках разбора (душевые сетки) ниже 60 °С рекомендуется применять дополнительные средства защиты (специальные фильтры). Микробиологический контроль на наличие легионелл в этих учреждениях осуществляется 2 раза в год, точка отбора – перед поступлением в распределительную сеть. При температуре горячей воды выше 65 °С и холодной воды ниже 20 °С микробиологический контроль не проводится.

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

6.1. Системы отопления, вентиляции и кондиционирования воздуха должны обеспечивать нормируемые параметры микроклимата и воздушной среды помещений, в которых осуществляется медицинская деятельность.

6.2. Нагревательные приборы должны иметь гладкую поверхность, исключающую адсорбирование пыли и устойчивую к воздействию моющих и дезинфицирующих растворов. Их 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.

6.3. В системах центрального отопления ЛПО в качестве теплоносителя используется вода с температурой в нагревательных приборах 70—85 °С. Использование других жидкостей и растворов в системах отопления не допускается.

6.4. Здания ЛПО должны быть оборудованы системами приточно-вытяжной вентиляции с механическим и/или естественным побуждением.

6.5. Системы механической приточно-вытяжной вентиляции должны быть паспортизированы. Эксплуатация (обслуживание) механической приточно-вытяжной вентиляции и кондиционирования осуществляется ответственным лицом организации или другой специализированной организацией. Один раз в год проводится проверка эффективности работы, текущие ремонты (при необходимости), а также очистка и дезинфекция систем механической приточно-вытяжной вентиляции и кондиционирования.

6.6. Система вентиляции производственных помещений ЛПО, размещенных в жилых зданиях, должна быть отдельной от вентиляции жилого дома.

6.7. При эксплуатации систем вентиляции должны быть обеспечены нормативные требования к уровням шума и вибрации.

6.8. Классы чистоты, допустимые уровни бактериальной обсемененности воздушной среды, допустимая температура и рекомендуемые кратности воздухообмена помещений медицинских организаций принимаются в соответствии с прилож. 3.

В помещениях классов А и Б в воздухе не должно быть золотистого стафилококка. В помещениях классов В и Г золотистый стафилококк не нормируется.

Предельно допустимые концентрации вредных химических веществ в воздухе производственных помещений представлены в прилож. 4.

6.9. Проектирование и эксплуатация вентиляционных систем должны исключать перетекание воздушных масс из «грязных» помещений в «чистые».

6.10. Кратность воздухообмена определяется исходя из расчетов обеспечения заданной чистоты, температуры и относительной влажности воздуха. Скорость движения воздуха в палатах и лечебно-диагнос-

тических кабинетах принимается от 0,1 до 0,2 м/с. В помещениях класса чистоты А и Б относительная влажность не должна превышать 60 %.

Температура и организация воздухообмена в помещениях принимается в соответствии с прилож. 3.

6.11. Вне зависимости от наличия систем принудительной вентиляции во всех лечебно-диагностических помещениях, за исключением помещений чистоты класса А, должна быть предусмотрена возможность естественного проветривания.

6.12. Самостоятельные системы вентиляции предусматриваются для помещений операционных, реанимационных, рентгенкабинетов, лабораторий. Допускаются общие системы приточно-вытяжной вентиляции для группы помещений одного или нескольких структурных подразделений, кроме помещений чистоты класса А.

6.13. Во все помещения воздух подается в верхнюю зону. По медицинскому заданию на проектирование в операционных, палатах для ожоговых и других иммунокомпрометированных пациентов строящихся и реконструируемых медицинских организаций рекомендуется воздух подавать сверху однонаправленным воздушным потоком в зону операционного стола (кровати).

Удаление воздуха предусматривается из верхней зоны, кроме операционных, наркозных, реанимационных, родовых и рентгенопроцедурных, в которых воздух удаляется из двух зон: 40 % – из верхней зоны и 60 % – из нижней зоны (60 см от пола).

6.14. При работе с жидким азотом и другими тяжелыми газами, аэрозолями, вытяжка организуется только из нижней зоны. Помещения для хранения биоматериалов в жидком азоте должны оборудоваться самостоятельной системой вытяжной вентиляции и аварийной вентиляцией, включающейся автоматически по сигналу газоанализатора.

6.15. В асептических помещениях приток должен преобладать над вытяжкой. В помещениях инфекционного профиля вытяжка преобладает над притоком.

6.16. В целях обеспечения постоянных показателей заданных параметров воздуха приточно-вытяжная система вентиляции помещений чистоты класса А должна работать в непрерывном режиме.

6.17. Запорные устройства (в т. ч. обратные клапаны), должны устанавливаться на приточных и вытяжных вентиляционных системах в секционных, лабораториях патолого-анатомических отделений и отделений судебно-медицинской экспертизы, а также в других помещениях, для исключения несанкционированного перетока воздуха.

6.18. В инфекционных, в т. ч. туберкулезных отделениях, вытяжные вентиляционные системы оборудуются устройствами обеззараживания воздуха или фильтрами тонкой очистки.

6.19. Боксы и боксированные палаты оборудуются автономными системами вентиляции с преобладанием вытяжки над притоком и установкой на вытяжке устройств обеззараживания воздуха или фильтров тонкой очистки. При установке обеззараживающих устройств непосредственно на выходе из помещений, возможно объединение воздуховодов нескольких боксов или боксированных палат в одну систему вытяжной вентиляции.

6.20. В существующих зданиях при отсутствии в инфекционных отделениях приточно-вытяжной вентиляции с механическим побуждением должна быть оборудована естественная вентиляция с обязательным оснащением каждого бокса и боксированной палаты устройствами обеззараживания воздуха, обеспечивающими эффективность инактивации микроорганизмов не менее чем на 95 % на выходе.

Изоляция пациентов с инфекционными болезнями, которые могут привести к возникновению чрезвычайных ситуаций в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения и требуют проведения мероприятий по санитарной охране территории (чума, холера, желтая лихорадка, вирусные геморрагические лихорадки и др.), допускается только в боксы с механической системой вентиляции.

6.21. В ЛПО, общей площадью не более 500 м^2, в помещениях класса Б и В (кроме рентгенкабинетов, кабинетов компьютерной и магнитно-резонансной томографии) допускается естественное проветривание.

6.22. 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.

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

6.24. Воздух, подаваемый в помещения чистоты классов А и Б, подвергается очистке и обеззараживанию устройствами, обеспечивающими эффективность инактивации микроорганизмов на выходе из установки не менее чем на 99 % – для класса А и 95 % – для класса Б, а также эффективность фильтрации, соответствующей фильтрам высокой эффективности (Н11-Н14). Фильтры высокой очистки подлежат замене не реже 1 раза в полгода, если другое не предусмотрено инструкцией по эксплуатации.

6.25. Для обеспечения нормируемой температуры и влажности воздуха в помещениях чистоты классов А и Б необходимо предусматривать кондиционирование воздуха с использованием систем и оборудования, разрешенных для этих целей в установленном порядке. По заданию на проектирование возможно оснащение системами кондиционирования помещений класса В.

6.26. Воздухообмен в палатах и отделениях должен быть организован так, чтобы не допустить перетекания воздуха между палатными отделениями, между палатами, между смежными этажами. При входе в палатное отделение/секцию, операционный блок, реанимационное отделение предусматривается шлюз с устройством вентиляции.

6.27. В палатах с санузлами вытяжка организуется из санузла.

6.28. В целях поддержания комфортной температуры воздуха в кабинетах врачей, палатах, административных и вспомогательных помещениях допускается применение сплит-систем при условии проведения очистки и дезинфекции фильтров и камеры теплообменника в соответствии с рекомендациями производителя, но не реже одного раза в 3 месяца. Допускается также использование для этих целей панели лучистого тепла (охлаждения).

6.29. 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.

6.30. Содержание лекарственных средств в воздухе операционных, родовых палат, палат интенсивной терапии, реанимации, процедурных, перевязочных и других аналогичных помещений лечебных учреждений не должны превышать предельно допустимые концентрации, приведенные в прилож. 4.

6.31. Уровни бактериальной обсемененности воздушной среды помещений, в зависимости от их функционального назначения и класса чистоты, не должны превышать допустимые, приведенные в прилож. 3.

6.32. Рабочие места в помещениях, где проводятся работы, сопровождающиеся выделением вредных химических веществ (работа с цитостатиками, психотропными веществами, метилметакрилатами, фенолами и формальдегидами, органическими растворителями, анилиновыми красителями и др.), должны быть оборудованы местными вытяжными устройствами.

Выброс отработанного воздуха от местных вытяжных устройств осуществляется самостоятельными каналами. Местные отсосы, удаляющие воздух из разных помещений, но с одинаковыми вредностями, могут быть объединены в одну систему вытяжной вентиляции.

6.33. Для размещения оборудования систем вентиляции следует выделить специальные помещения, раздельные для приточных и вытяжных систем. Канальное вентиляционное оборудование возможно размещать за подшивным потолком в коридорах и помещениях без постоянного пребывания людей.

6.34. Воздуховоды приточной вентиляции и кондиционирования должны иметь внутреннюю несорбирующую поверхность, исключающую вынос в помещения частиц материала воздуховодов или защитных покрытий.

6.35. Воздуховоды систем приточной вентиляции (кондиционирования воздуха) после фильтров высокой эффективности (Н11-Н14) предусматриваются из нержавеющей стали или других материалов с гладкой, коррозионностойкой, не пылящей поверхностью.

6.36. Воздуховоды, воздухораздающие и воздухоприемные решетки, вентиляционные камеры, вентиляционные установки и другие устройства должны содержаться в чистоте, не иметь механических повреждений, следов коррозии, нарушения 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. Техническое обслуживание, очистка и дезинфекция систем вентиляции предусматривается не реже 1 раза в год. Устранение текущих неисправностей, дефектов проводится безотлагательно.

6.37. Во всех помещениях чистоты класса А, предусматривается скрытая прокладка трубопроводов, арматуры. В остальных помещениях возможно размещение воздуховодов в закрытых коробах.

6.38. Приточные и вытяжные решетки должны быть максимально удалены друг от друга в пределах одного помещения.

6.39. Продухи чердачных и подвальных помещений должны быть защищены от проникновения грызунов, птиц и синантропных насекомых.

6.40. Независимо от принятой системы вентиляции рекомендуется проветривание палат не менее 4 раз в сутки по 15 мин.

6.41. Администрацией ЛПО организуется контроль за параметрами микроклимата и показателями микробной обсемененности воздушной среды с периодичностью не реже 1 раза в 6 месяцев и загрязненностью химическими веществами воздушной среды, не реже 1 раз в год.

6.42. Допускается рециркуляция воздуха для одного помещения при условии установки фильтра высокой эффективности (Н11-Н14) с добавлением наружного воздуха по расчету для обеспечения нормативных параметров микроклимата и чистоты воздуха.

6.43. При наличии централизованных систем кондиционирования и увлажнения воздуха в целях профилактики внутрибольничного легионеллеза микробиологический контроль данных систем на наличие легионелл проводится 2 раза в год. Отбор проб производится в соответст-

вии с действующими требованиями*. Кондиционирующие установки небольшой мощности без увлажнения воздуха и сплит-системы контролю на легионеллы не подлежат.

7. Требования к естественному и искусственному освещению

7.1. Помещения с постоянным пребыванием пациентов и персонала должны иметь естественное освещение.

7.2. Без естественного освещения или с освещением вторым светом при условии обеспечения нормируемых показателей микроклимата и кратности воздухообмена допускается размещать:

а) технические и инженерные помещения (тепловые пункты, насосные, компрессорные, вентиляционные камеры, дистилляционные, мастерские по эксплуатации зданий, серверные);

б) помещения персонала (помещения для занятий персонала, конференц-залы, помещения отдыха, приема пищи, выездных бригад, гардеробные, душевые, санузел);

в) помещения вспомогательных служб (экспедиции, загрузочные, архивы, кладовые и хранилища всех видов, термостатная, комната приготовления сред, централизованные бельевые, помещения приготовления рабочих дезинфекционных растворов, моечные, столовые, в т. ч. для пациентов, помещения пищеблоков, прачечных, централизованных стерилизационных, дезинфекционных отделений, помещения хранения и одевания трупов, траурный зал, помещения обработки медицинских отходов, санитарные пропускники, санитарные комнаты, клизменные;

г) кабинеты и помещения восстановительного лечения (тренажерные залы, массажные кабинеты, кабинеты мануальной терапии, кабинеты безигольной рефлексотерапии, кабинеты гирудотерапии, сауны, помещения подготовки парафина, озокерита, обработки прокладок, фотарии, кабинеты бальнеологических процедур, регенерации грязи, лечения сном, кабинеты электросветолечения, кабинеты лучевой диагностики и терапии);

д) по заданию на проектирование без естественного освещения допускаются: операционные, предоперационные, стерилизационные и моечные (без постоянных рабочих мест), секционные, предсекционные, монтажные диализных аппаратов и аппаратов искусственного кровообращения, процедурные эндоскопии, помещения приема, регистрации и выдачи анализов, боксы для лабораторных исследований без постоянных рабочих мест, процедурные функциональной диагностики.

7.3. В подвале допускается размещать помещения, перечисленные в пунктах: 7.2 а—7.2 в.

---

* СП 3.1.2.2626—10 «Профилактика легионеллеза»; зарегистрировано в Минюсте России 07.06.2010 г., регистрационный номер 17506.

7.4. В цокольном этаже с заглублением не более метра допускается размещать кабинеты приема врачей при соблюдении нормируемого значения коэффициента естественного освещения (КЕО).

7.5. В медицинских организациях уровень естественного и искусственного освещения должен соответствовать санитарным правилам и нормативам (прилож. 5).

7.6. Коридоры, используемые в качестве рекреаций, должны иметь естественное торцевое или боковое освещение.

7.7. Искусственная освещенность (общая и местная), источник света, тип лампы принимаются в соответствии с действующими нормативами.

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

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

7.10. В каждой палате, должен быть специальный светильник ночного освещения, установленный около двери на высоте 0,3 м от пола (в детских и психиатрических отделениях светильники ночного освещения палат устанавливаются над дверными проемами на высоте 2,2 м от уровня пола).

7.11. Во врачебных смотровых кабинетах необходимо устанавливать настенные или переносные светильники для осмотра больного со спектром света, приближенным к дневному.

7.12. В целях обеспечения нормативных параметров искусственной освещенности рабочие места персонала оборудуются светильниками местного освещения.

7.13. Освещение на рабочих местах с компьютерной техникой должно соответствовать санитарным правилам, устанавливающим гигиенические требования к персональным электронно-вычислительным машинам, организации работы и другими действующими нормативными документами.

8. Требования к инвентарю и технологическому оборудованию

8.1. Расстояние от коек до стен с окнами должно быть не менее 0,9 м. Расстояние между торцами коек в 4-коечных палатах, а также между торцами коек и стеной в 2—3-коечных палатах должно быть не менее 1,2 м.

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

В палатах должны быть установлены тумбочки и стулья по числу коек, а также шкаф для хранения личных вещей пациентов.

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

8.3. Рабочие места персонала должны быть устроены с учетом эргономических требований.

8.4. Лечебно-диагностическое оборудование, не требующее специальных условий размещения, и используемое в ходе приема врача, может быть установлено непосредственно в его кабинете (например: физиотерапевтическое оборудование в кабинете косметологии терапевтической, аппарат ЭКГ в кабинете терапевта/кардиолога, аппарат УЗИ в кабинете гинеколога).

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

8.6. 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.

8.7. Поверхность сидений (стулья, скамьи, банкетки др.) для пациентов и персонала должна быть изготовлена из материалов с низкой теплопроводностью.

8.8. В лечебных, диагностических и вспомогательных помещениях, кроме административных, должна использоваться медицинская мебель. Наружная и внутренняя поверхность медицинской мебели должна быть гладкой и выполнена из материалов, устойчивых к воздействию моющих и дезинфицирующих средств.

8.9. Требования к изделиям медицинской техники (ИМТ) и изделиям медицинского назначения (ИМН)*.

8.9.1. Изделия медицинской техники в зависимости от степени риска развития неблагоприятных последствий для медицинского персонала и потребителей при их эксплуатации, подразделяются на следующие типы, определяющие их последующую гигиеническую оценку и необходимые меры безопасности:

---

* Распространяются на все виды изделий медицинской техники, в т. ч., содержащие источники ионизирующего излучения или применяемые для работ с ними (в части оценки соблюдения требований к физическим и другим факторам, источником которых могут являться данные изделия), а также на используемые при их изготовлении материалы.

• низкой степени риска – изделия, генерирующие уровни физических факторов, не превышающие предельно допустимые значения, установленные для населения; не требующие принятия специальных мер безопасности и не представляющие опасности для пользователей при применении в соответствии с требованиями, указанными в нормативной документации (инструкции по эксплуатации и т. п.); изделия могут использоваться как в условиях профессионального применения, так и в быту;

• средней степени риска – изделия, генерирующие уровни физических факторов, превышающие предельно допустимые значения, установленные для населения, но не превышающие предельно допустимые величины, установленные для производственных воздействий; изделия могут использоваться в условиях профессионального применения без специальных ограничений; запрещается использование в быту;

• высокой степени риска – изделия, генерирующие уровни физических факторов, превышающие предельно допустимые значения, установленные для производственных воздействий, способные вызывать развитие профессиональных или производственно обусловленных заболеваний при несоблюдении требований безопасности, изложенных в нормативной документации и/или инструкциях по эксплуатации; изделия могут использоваться только в условиях профессионального применения с соблюдением комплекса мер защиты, обеспечивающего максимальное снижение риска для персонала (защита временем, расстоянием, средства коллективной и индивидуальной защиты, периодические медицинские осмотры, производственный контроль).

8.9.2. Изделия медицинской техники и медицинского назначения, используемые в медицинской и фармацевтической деятельности, должны проходить санитарно-эпидемиологическую и гигиеническую оценку, подтверждающую их соответствие действующему законодательству в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения* (прилож. 6).

8.9.3. Проведение испытаний и санитарно-эпидемиологической и гигиенической оценки изделий медицинской техники и медицинского назначения осуществляется в установленном порядке.

8.9.4. Фактические значения контролируемых показателей ИМТ и ИМН изложены в прилож. 7.

8.9.5. Установленные при испытаниях и гигиенической оценке ИМТ и ИМН фактические значения контролируемых показателей не должны превышать допустимых значений, установленных в прилож. 7.

---

* ст.ст. 13, 14, 24, 25, 37, 38, 40, 42 Федерального закона № 52-ФЗ от 30.03.1999 «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»

В случаях, когда уровни физических факторов, генерируемые изделиями медицинской техники, превышают допустимые значения, указанные в прилож. 7 настоящего документа (изделия средней и высокой степени риска), то такие ИМТ должны использоваться только в условиях профессионального применения, а их оценка должна проводиться на соответствие предельно допустимых уровней (ПДУ) физических факторов, установленных для производственных воздействий с обязательным определением комплекса мер защиты персонала, обеспечивающим безопасную эксплуатацию ИМТ.

8.9.6. Концентрации вредных химических веществ, дезинфицирующих и стерилизующих агентов, биологических факторов, выделяющихся в воздушную среду при работе изделий медицинской техники, не должны превышать предельно допустимых концентраций (ПДК) и ориентировочных безопасных уровней воздействия (ОБУВ), установленных для атмосферного воздуха.

9. Общие требования к организации профилактических и противоэпидемических мероприятий

9.1. В целях профилактики возникновения и распространения внутрибольничных инфекций (ВБИ) разрабатывается план профилактических и противоэпидемических мероприятий, который, утверждается руководителем организации.

9.2. План должен включать разделы по профилактике отдельных инфекционных заболеваний, в т. ч. гнойно-воспалительных, а также первичные противоэпидемические мероприятия на случай выявления больного инфекционным заболеванием.

9.3. Профилактические мероприятия проводятся исходя из положения, что каждый пациент расценивается как потенциальный источник гемоконтактных инфекций (гепатит В, С, ВИЧ и других).

9.4. При плановом поступлении на стационарное лечение пациенты на догоспитальном этапе подлежат профилактическому обследованию на:

- туберкулез (флюорография, результаты действительны в течение года);
- маркеры гепатитов В и С, сифилис (в случае оперативного лечения);
- дифтерию и кишечные инфекции (пациенты психиатрических стационаров);
- кишечные инфекции (пациенты детских стационаров до 2 лет и сопровождающие лица, результаты действительны в течение 2 недель до госпитализации).

Дети, поступающие на стационарное лечение, должны иметь сведения об отсутствии контактов с инфекционными больными в течение 21 дня до госпитализации.

9.5. Проведение профилактических и противоэпидемических мероприятий осуществляется медицинским персоналом под руководством лица, ответственного за работу по профилактике ВБИ (руководитель организации, заместитель руководителя по противоэпидемическим вопросам/врач-эпидемиолог/ заместитель по медицинской части).

10. Санитарно-эпидемиологические особенности организации подразделений различного профиля

10.1. Приемные отделения стационаров.

10.1.1. Эпидемиологическая задача приемного отделения не допустить поступления пациента с признаками инфекционного заболевания в палатное отделение стационара общего профиля. С этой целью осматриваются кожные покровы, зев, измеряется температура, проводится осмотр на педикулез с отметкой в истории болезни, собирается эпидемиологический и прививочный (по показаниям) анамнез. Приемное отделение оснащается термометрами и шпателями в количестве, соответствующем числу поступающих пациентов. В случае подозрения на инфекционное заболевание пациента изолируют в диагностическую палату при приемном отделении или бокс до установки диагноза или перевода в инфекционное отделение (больницу). По заданию на проектирование в приемном отделении предусматриваются помещения для оказания экстренной лечебно-диагностической помощи (кабинеты лучевой диагностики, эндоскопии, смотровые, экстренные операционные, реанимационные залы, перевязочные, гипсовочные, кабинеты врачей и прочие).

10.1.2. Приемно-карантинное отделение психиатрического стационара отличается от приемного отделения стационара общего профиля тем, что в отделении проводится взятие анализов (в случае отсутствия документально подтвержденных результатов) для микробиологических исследований на дифтерию и группу кишечных инфекций. Пациент находится в приемно-карантинном отделении до получения результатов исследования.

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

10.1.4. В неинфекционных отделениях для приема больных детей следует предусмотреть боксы и приемно-смотровые боксы. Количество

боксов должно быть равно 5 %, а количество приемно-смотровых боксов – 2 % от числа коек терапевтического профиля и 4 % от числа коек хирургического профиля.

10.2. Палатные отделения стационаров общесоматического профиля, в т. ч. дневных.

10.2.1. Минимальную площадь палат лечебных организаций следует принимать в соответствии с прилож. 1.

10.2.2. Палатная секция должна быть непроходной. При входе в палатное отделение/палатную секцию следует предусматривать шлюз. Количество коек в палатной секции определяется заданием на проектирование.

10.2.3. Вместимость палат следует принимать не более 4 коек.

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

10.2.5. В палатных отделениях оборудуется буфетная, с моечной для столовой посуды. Столовая предусматривается заданием на проектирование.

10.2.6. По заданию на проектирование для тяжело больных могут предусматриваться ванные комнаты с подъемниками и другим специальным оборудованием, предназначенным для гигиенической обработки больных.

10.2.7. При проектировании отделений для инвалидов-колясочников, кроме настоящих правил, следует руководствоваться санитарными правилами, устанавливающими гигиенические требования к размещению, устройству, оборудованию, содержанию объектов организаций здравоохранения и социального обслуживания, предназначенных для постоянного проживания престарелых и инвалидов, санитарно-гигиеническому и противоэпидемическому режиму их работы и другими действующими нормативными документами.

10.2.8. В санитарных комнатах следует предусматривать место для установки судномоечной машины (утилизатора).

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

10.2.10. В дневных стационарах при хосписах, а также при учреждениях психиатрического и психо-неврологического профилей количество коек может быть меньше количества мест за счет оборудования вместо палат помещений для отдыха больных.

10.3. Палатные отделения хирургического профиля.*

10.3.1. Пациентов с гнойно-септическими внутрибольничными заболеваниями изолируют в отделение гнойной хирургии, а при его отсутствии – в отдельную палату.

10.3.2. В отделениях с двумя палатными секциями предусматривается не менее 2 перевязочных. Перевязки пациентам, имеющим гнойное отделяемое, проводят в септической перевязочной, при ее отсутствии, в асептической перевязочной после перевязок пациентов, не имеющих гнойного отделяемого или непосредственно в однокоечной палате. Осмотр пациентов проводят в перчатках и фартуках.

10.3.3. Пациенты с инфекцией любой локализации, независимо от срока ее возникновения, вызванной метициллин (оксациллин)-резистентным золотистым стафилококком или ванкомицин-резистентным энтерококком, подлежат изоляции в боксированные палаты. При работе с данной категорией больных персонал должен соблюдать следующие правила:

- при входе в палату персонал надевает маску, 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 проводится заключительная дезинфекция, камерное обеззараживание постельных принадлежностей, обеззараживание воздуха;
- после дезинфекции проводится лабораторное обследование объектов окружающей среды (в палате). Заполнение палаты проводится после получения удовлетворительных результатов микробиологического исследования.

10.4. Особенности размещения и устройства операционных блоков, операционных.

10.4.1. Операционные блоки должны быть размещены в помещениях, оборудованных автономной системой приточно-вытяжной вентиляции и кондиционирования, обеспечивающей нормируемые параметры микроклимата, чистоту воздуха. При размещении операционного блока изолированно от других лечебных корпусов необходимо предусмотреть удобные утепленные переходы, соединяющие операционный блок с другими лечебно-диагностическими и клиническими подразделениями.

---

* Мероприятия по профилактике внутрибольничных инфекций в хирургических стационарах (отделениях) изложены в главе III.

Операционные для неотложной хирургии могут размещаться в составе приемных отделений.

При условии соблюдения зонирования помещений по чистоте, обеспечения нормативных параметров микроклимата и микробиологической чистоты воздушной среды, разделения технологических потоков, применения отделочных материалов, предназначенных для стерильных помещений, операционные блоки допускается не разделять на септические и асептические.

10.4.2. В операционных блоках предусматривается строгое зонирование внутренних помещений на стерильную зону (операционные), зону строгого режима (предоперационные, помещение подготовки больного (наркозная), помещения хранения стерильных материалов и другие вспомогательные помещения, для которых соблюдается режим санитарного пропускника для входа персонала), зону общебольничного режима (шлюз). В шлюзе персонал отделения, сопровождающий пациента, перекладывает его с каталки отделения на каталку операционного блока. Далее персонал операционного блока перевозит пациента в операционную. Зона общебольничного режима (после шлюза) отделяется от остальных помещений операционного блока «красной чертой».

10.4.3. Вход персонала других отделений за «красную черту» запрещен. При необходимости, персонал других отделений должен проходить в операционный блок через санитарные пропускники, с соблюдением всех требований санитарной обработки.

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

10.4.5. Для новых и реконструируемых организаций в малые операционные амбулаторно-поликлинических организаций, а также отделений стационара пациент входит через шлюз, а персонал через предоперационную.

10.4.6. В операционных предусматриваются автоматически закрывающиеся двери (доводчики, фотоэлементы, прочее). Лечебно-диагностическое оборудование в операционных по возможности должно крепиться на консолях. Для обучения студентов должна быть предусмотрена трансляция операций в другое помещение.

10.4.7. Операционные должны быть пронумерованы и функционально разделены с учетом необходимого оборудования и степени чистоты оперативного вмешательства.

10.4.8. Для своевременного и адекватного лечения пациентов в послеоперационном периоде, производится взятие материала на бактерио-

логический посев во время операций по поводу гнойных процессов, а также при повторных операциях по поводу постоперационных осложнений любого генеза (ревизия операционных ран/полостей).

10.4.9. В операционных блоках санитарные пропускники для персонала (мужской и женский) следует проектировать каждый в составе трех смежных помещений. Первое помещение, оборудованное душем, санузлом и дозатором с раствором антисептика. В данном помещении приходящий персонал снимает спецодежду, в которой работал в отделении, принимает душ и производит гигиеническую обработку рук. Во втором помещении персонал надевает чистые хирургические костюмы, разложенные в ячейках по размерам, специальную обувь, бахилы и выходит из санпропускника в коридор операционного блока, далее в предоперационную. После проведения операций персонал возвращается в санпропускник через третье помещение, в котором устанавливаются контейнеры для сбора использованного белья (халатов, хирургических костюмов, масок, шапочек, бахил). Далее персонал проходит в первое помещение, где, при необходимости, принимает душ, надевает спецодежду для работы в отделении и выходит из операционного блока.

10.5. Отделения реанимации и интенсивной терапии.

10.5.1. Состав и площадь помещений отделений реанимации и интенсивной терапии определяется в зависимости от числа и профиля коек структурных подразделений медицинской организации.

10.5.2. В составе отделений реанимации и интенсивной терапии должен предусматриваться изолятор (боксированная палата).

10.5.3. Отделение гипербарической оксигенации (барозал) предназначено для проведения баротерапии – лечения кислородом под повышенным давлением, проводимое в специальных аппаратах – кислородных барокамерах. Может быть как самостоятельным подразделением, так и входить в состав реанимационных, инфекционных и прочих отделений. Площадь барозала определяется габаритами применяемого оборудования, но не должна быть менее 20 м^2. Расстояние барокамеры от стены не менее 1 м, между двумя барокамерами – 1,5 м. Полы в барозале выполняются из антистатических материалов. Для внутренней отделки используются негорючие материалы. Барозал относится к помещениям с асептическим режимом (класс Б). Воздух подлежит обеззараживанию.

10.6. Акушерские стационары (отделения), перинатальные центры.*

10.6.1. Для оказания акушерской помощи создаются организации трех типов: перинатальные центры, родильные дома, родильные отделения.

---

* Мероприятия по профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах (отделениях) и перинатальных центрах изложены в главе IV.

10.6.2. В послеродовых отделениях предусматриваются палаты совместного и раздельного пребывания родильниц и новорождённых. Соотношение тех и других палат определяется заданием на проектирование. Количество коек в палатах совместного пребывания должно быть не более 2 материнских и 2 детских.

10.6.3. Количество коек в послеродовых палатах раздельного пребывания должно быть не более 4 и соответствовать количеству коек в палатах для новорождённых.

10.6.4. Во вновь строящихся, а также реконструируемых родовспомогательных лечебных учреждениях (отделениях) необходимо предусмотреть послеродовые палаты вместимостью не более 2 материнских коек. В перинатальном центре должны быть предусмотрены палаты (отделения) для проведения реанимационных мероприятий и интенсивной терапии новорождённым.

10.6.5. В отделении для новорождённых акушерских стационаров палаты могут группироваться в отсеки не более чем на 20 кроваток.

10.6.6. В акушерских стационарах и отделениях, при наличии обсервационных коек, прием рожениц с подозрением на инфекционное заболевание осуществляется через блок помещений обсервационного приема.

Во вновь строящихся и реконструируемых зданиях в составе приемных отделений необходимо предусматривать индивидуальные родовые боксы, при наличии которых обсервационное отделение в структуре учреждения не выделяется. В этом случае следует предусматривать возможность планировочной изоляции части палат.

10.6.7. В составе акушерского стационара выделяется родильный блок. Помещение для обработки рук и переодевания персонала (подготовительная) следует размещать перед родовыми палатами или между ними.

10.6.8. Допускается размещать палаты новорождённых между палатами родильниц. Перед входом в палату новорождённых необходимо предусматривать шлюз.

10.6.9. Отделения второго этапа выхаживания предусматриваются только в составе перинатальных центров и детских стационарах, при соответствующей планировочной изоляции.

10.7. Палатные отделения стационара для лечения детей.

10.7.1. В стенах и перегородках, отделяющих детские палаты (без матерей) от коридоров, а также в стенах и перегородках между палатами для детей в возрасте до 7 лет следует предусматривать остекленные проемы, размеры которых определяются заданием на проектирование.

10.7.2. Вместимость палат для детей до 1 г. (кроме новорождённых) должна быть не более чем на 2 койки. Палаты объединяются в отсеки, не более чем по 8 коек.

10.7.3. В отделениях второго этапа выхаживания и отделениях для детей до 3 лет предусматриваются палаты для совместного круглосуточного пребывания матерей, фильтр для их профилактического осмотра и переодевания, а также помещения для отдыха и приема пищи приходящих родителей.

10.7.4. В детских палатах кровать для матери или другого сопровождающего лица может устанавливаться без соблюдения требования трехстороннего подхода.

10.7.5. В детских отделениях стационара предусматриваются помещения для обучения и игровые комнаты.

10.8. Отделения для лечения инфекционных больных.

10.8.1. Инфекционные отделения следует размещать в отдельно стоящем или пристроенном здании с отдельным приемным отделением.

10.8.2. Процентное соотношение коек в боксах, боксированных палатах инфекционных отделений следует принимать по табл. 1.2.

Таблица 1.2

Суммарное количество инфекционных коек в ЛПО	Количество боксов, % (не менее)		Количество боксированных палат, % (не менее)	
	на 1 койку	на 2 койки	на 1 койку	на 2 койки
До 60	25	25	15	35
61—100	15	25	4	56
Более 100 для взрослых	4	8	6	82
Более 100 для детей	10	10	15	65

10.8.3. В туберкулезном стационаре необходимо предусмотреть наличие боксированных палат для пациентов с туберкулезом, вызванным возбудителем с множественной лекарственной устойчивостью.

10.8.4. В целях профилактики распространения туберкулеза с учетом высокой устойчивости и длительностью сохранения возбудителя во внешней среде перепрофилирование медицинских организаций для лечения больных туберкулезом запрещается.

10.9. Палатные отделения для иммунокомпрометированных пациентов (отделения для пациентов с ВИЧ инфекцией, муковисцидозом, онкогематологическими заболеваниями, ожогами).

10.9.1. Вместимость палат указанных подразделений должна быть не более 2 коек.

10.9.2. Работа отделений организуется по принципу максимального оказания медицинской помощи и обслуживания пациентов непосредственно в палате.

10.9.3. Палаты в отделениях должны быть со шлюзом и туалетом, оборудованы системой приточно-вытяжной вентиляции с преобладанием притока над вытяжкой, обеспечивающей чистоту воздуха в соответствии с требованиями прилож. 3. При отсутствии механической приточно-вытяжной вентиляции, должны быть предусмотрены другие устройства, обеспечивающие необходимую чистоту воздуха: установки обеззараживания воздуха рециркуляционного типа, оборудование однонаправленного воздушного потока над койкой пациента.

10.9.4. По заданию на проектирование смежно с палатой для пациента предусматривается помещение/палата для пребывания лиц по уходу.

10.10. Отделения физиотерапевтического и восстановительного лечения.

10.10.1. Отделение восстановительного и физиотерапевтического лечения может быть общим для всех структурных подразделений организации, за исключением отделений инфекционного профиля.

10.10.2. Установку и эксплуатацию аппаратуры, являющейся источником электромагнитных полей (ЭМП), проводят в соответствии с санитарными правилами по требованиям к электромагнитным полям в *производственных условиях*.

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

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

10.10.5. Аппараты для проведения УВЧ и СВЧ-терапии с дистанционным, в т. ч. и универсальным расположением конденсаторных пластин излучателей, требуют организации специально выделенных помещений либо кабин, экранированных тканью с микропроводом.

10.10.6. Требования к размещению и эксплуатации лазерных аппаратов и приборов в ЛПО определяются в соответствии с классом лазерной опасности. Внутренняя отделка помещений должна быть выполнена из материалов с матовой поверхностью. Запрещается использование зеркал и других отражающих поверхностей. Для аппаратов 1 и 2 класса лазерной опасности отдельных помещений не требуется. Аппараты 3 и 4 классов опасности должны размещаться в отельных кабинетах, оснащенных наружным табло «Не входить, работает лазер», знаком лазерной опасности, внутренним запорным устройством; на данные кабинеты

оформляется санитарный паспорт. При работе с лазерными аппаратами 2—4 классов опасности необходимо использовать индивидуальные средства защиты органов зрения для пациентов и персонала. Работа с источниками лазерного излучения должна проводиться в соответствии с действующими санитарными правилами.

10.10.7. В составе солярия, предназначенного для искусственного ультрафиолетового облучения людей, следует предусматривать место для раздевания. Площади для размещения солярия следует предусматривать в соответствии с руководством пользователя на конкретный тип солярия, но не менее 12 м^2.

Пациенты должны обеспечиваться защитными очками. После каждого пациента необходимо использовать дезинфицирующие средства для очищения акриловых стекол, подушек для головы и ног, защитных очков или лицевых пластин, а в случае вертикального солярия – также пола. Следует соблюдать режим облучения, учитывая тип кожи пациента и отсутствие противопоказаний для облучения. При солярии организуются пост медицинской сестры (оператора).

10.10.8. Кабинеты, использующие аэроионизирующее оборудование (электрические аэроионизаторы, гидроаэроионизаторы, галогенераторы, галокамеры, спелеоклиматические камеры, электростатические фильтры), а также кабинеты гипокситерапии не допускается размещать в жилых зданиях. Рабочее место персонала оборудуется за пределами лечебных помещений, которые оборудуются механической системой вентиляции. Кратность воздухообмена определяется по расчету для обеспечения гигиенических показателей.

10.10.9. Кабинеты гипокситерапии в случае использования азота для газовой гипоксической смеси должны размещаться преимущественно на первом этаже. В кабинетах предусматриваются противошумовые мероприятия от работы компрессора и естественное проветривание. Принимается площадь 4 м^2 на человека, но кабинет не менее 10 м^2. Для мойки и дезинфекции масок и шлангов предусматривается помещение не менее 4 м^2.

Между сеансами устраивается перерыв для проветривания (10 мин). После окончания рабочей смены предусматривается уборка с применением моющих и дезинфицирующих средств, а также дезинфекция воздуха.

10.10.10. При кабинете гидроколонотерапии предусматривается санузел.

10.11. Эндоскопические отделения.

10.11.1. В составе отделения выделяется кабинет приема врача, процедурные, помещения для обработки эндоскопического оборудования и вспомогательные помещения. Для проведения бронхоскопии, эндоскопии верхних отделов пищеварительного тракта и нижних отделов

пищеварительного тракта выделяются отдельные процедурные. Проведение этих манипуляций в одной процедурной не допускается. При процедурной для исследования нижних отделов пищеварительного тракта предусматривается санитарный узел.

10.11.2. Для соблюдения противоэпидемического режима, эндоскопические отделения должны быть оснащены достаточным количеством эндоскопов, обеспечивающим возможность проведения циклов дезинфекции, очистки, стерилизации или дезинфекции высокого уровня (перед следующим использованием).

10.12. Отделения экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), других вспомогательных репродуктивных технологий.

10.12.1. Состав помещений определяется технологическим процессом и мощностью учреждения. Минимальные площади специализированных и вспомогательных помещений представлены в прилож. 1.

10.12.2. Помещения для амбулаторно-консультативного приема могут располагаться как в едином блоке с помещениями ЭКО, так и вне его. Количество и специализация консультативных кабинетов определяется заданием на проектирование.

10.12.3. В помещении криохранилища не должно быть водопроводных труб, кранов и другого водосодержащего сантехнического оборудования. Предусматривается приточно-вытяжная вентиляция с вытяжкой из нижней зоны. Помещение оборудуется датчиками для контроля содержания кислорода. Индикаторы должны быть выведены из рабочего помещения в места постоянного присутствия персонала.

10.13. Отделения гемодиализа.

10.13.1. Допускается проектирование смежных гемодиализных залов для стационарных и амбулаторных больных. Для проведения хронического гемодиализа амбулаторным больным должна выделяться самостоятельная зона. Для амбулаторных пациентов предусматриваются помещения отдыха, переодевания и хранения личных вещей. Минимальные площади помещений, в т. ч. вспомогательных, отражены в прилож. 1.

10.13.2. В отделении острого гемодиализа предусматриваются клиническая экспресс лаборатория, малая операционная и палата интенсивной терапии.

10.13.3. Для пациентов, являющихся носителями маркеров парентеральных инфекционных заболеваний, предусматриваются отдельные залы и оборудование.

10.13.4. Процедура острого диализа может проводиться в специальных помещениях отделения гемодиализа, либо в реанимационном отделении, приемном отделении при наличии стационарной или мобильной организации водоподготовки.

10.13.5. Пациенты, находящиеся на хроническом гемодиализе должны быть привиты против гепатита В.

10.13.6. Процедуры детоксикации (гемосорбция, плазмоферез, экстракорпоральная гемокоррекция и др.) проводятся в условиях процедурного кабинета.

10.14. Отделения лучевой диагностики.

10.14.1. Размещение рентгеновских кабинетов, помещений, связанных с работой с радиоактивными веществами, осуществляется в соответствии с требованиями норм радиационной безопасности и санитарных правил устройства и эксплуатации помещений для работы с источниками ионизирующих излучений.

10.14.2. Магнитно-резонансный томограф (МРТ) может размещаться в составе отделения лучевой диагностики.

Диагностическую МРТ кабинетов (отделений) не допускается размещать смежно (по горизонтали и вертикали) с палатами для беременных, детей и кардиологических больных.

Экранирование осуществляется с помощью клетки Фарадея с учетом мощности томографа. Конструкция стен, потолка, пола, дверей, окон в помещении диагностической должна обеспечивать снижение уровней электромагнитного поля в прилегающих помещениях до допустимых значений (прилож. 8). Звукоизоляция стен, потолка, пола, дверей, окон технического помещения и диагностической, должна быть выполнена в соответствии с расчетами акустического влияния оборудования и обеспечивать гигиенические требования по шуму в смежных помещениях (прилож. 9 и 10).

10.14.3. Размещение, оборудование кабинетов ультразвуковой диагностики должны соответствовать гигиеническим требованиям к условиям труда медицинских работников, выполняющих ультразвуковые исследования». Предельно-допустимые уровни ультразвука представлены в прилож. 11.

10.15. Подразделения скорой и неотложной помощи.

10.15.1. Для оказания скорой и неотложной медицинской помощи больным и пострадавшим на месте происшествия необходимо иметь специально оснащенный медицинскими изделиями и оборудованием автотранспорт.

10.15.2. Для работы станции (подстанции) скорой и неотложной помощи предусматривается следующий минимальный набор помещений: диспетчерская, комната отдыха бригад, комната хранения и комплектования укладок, санузел. По заданию на проектирование могут предусматриваться кабинеты для экстренного оказания медицинской помощи, обработки и стерилизации инструментов, гараж и прочие.

10.16. Патолого-анатомические отделения и отделения судебно медицинской экспертизы.

10.16.1. При соответствующей планировочной изоляции и наличии автономных систем вентиляции патолого-анатомическое отделение может быть сблокировано с лечебным корпусом стационара.

10.16.2. В отделении выделяются зоны: административно-хозяйственная, секционная, лабораторная, инфекционная, ритуальная. В отделении предусматриваются не менее трех входов (доставка трупов, вход персонала и посетителей, вход в траурный зал). Помещения для вскрытия инфицированных трупов должны быть изолированными и иметь отдельный вход снаружи.

10.16.3. В патолого-анатомическом отделении должны быть предусмотрены как минимум две секционные, одна из которых на один секционный стол, с запасным наружным входом.

10.16.4. Секционные столы должны быть изготовлены из водонепроницаемого материала с легко очищаемым покрытием (мрамор, мозаичные плиты, оцинкованное железо, нержавеющая сталь), выдерживающим частую обработку дезинфицирующими средствами, иметь подводку холодной и горячей воды и сток в канализацию, закрывающийся сеткой-уловителем. Предусматривается наличие трапа в полу секционной.

10.16.5. Работа с секционным материалом должна проводиться с использованием средств индивидуальной защиты (халат, перчатки, фартуки, очки или щитки). В случаях, не исключающих туберкулез, используются маски/респираторы. При подозрении на карантинные инфекции применяются защитные костюмы.

10.16.6. Влажные аутопсийные и биопсийные материалы должны храниться в специальном помещении (архив влажного аутопсийного и биопсийного материала) в плотно закрытых банках. По истечении срока хранения архивные материалы направляются в крематорий.

10.16.7. В бюро судебно-медицинской экспертизы отделение экспертизы живых лиц располагается в изолированном отсеке, с самостоятельным входом.

10.17. Лабораторные подразделения.

10.17.1. Клинико-диагностические, микробиологические и другие диагностические лаборатории должны размещаться в изолированных непроходных отсеках зданий. Помещение для забора материала располагают за пределами блока помещений для исследований. Размещение и состав помещений микробиологической лаборатории (отделения) определяется с учетом требований санитарных правил по безопасности работы с микроорганизмами III—IV групп патогенности (опасности) и возбудителей паразитарных болезней. Доставка материала в лаборатории из сторонних организаций осуществляется через самостоятельный вход.

10.17.2. Работа с использованием вредных химических веществ (фиксирование материала, розлив формалина, концентрированных кислот, приготовление реактивов, прокаливание, выжигание, измельчение) должны проводиться в вытяжном шкафу.

10.17.3. Летучие химические вещества хранятся в отдалении от нагревательных приборов и открытого огня. Хранение ядовитых веществ осуществляется в специальных кладовых, металлических шкафах или сейфах. Кислоты и щелочи хранятся в стеклянной закрытой посуде на нижних полках шкафов отдельно от реактивов и красок. При разбавлении концентрированных кислот во избежание разбрызгивания, кислоту добавляют в воду (а не наоборот). Для розлива из емкостей объемом 10—20 л в мелкую тару применяются средства малой механизации (опрокидыватели, сифоны).

10.18. Амбулаторно-поликлинический прием.

10.18.1. В территориальных амбулаторно-поликлинических организациях мощностью до 100 посещений в смену (в т. ч. в офисах врача общей практики), а также в специализированных амбулаторно-поликлинических организациях неинфекционного профиля (поликлиники восстановительного лечения, врачебно-физкультурные, психоневрологические, кардиологические, наркологические, эндокринологические, онкологические) допускается наличие общей вестибюльной группы для детей и взрослых (с выделением туалета для детей), а также совместное использование диагностических отделений и отделений восстановительного лечения.

10.18.2. Вход детей в территориальные поликлиники организуется через фильтр-бокс. В поликлиниках может предусматриваться игровая.

10.18.3. Для организации приема семейного врача или врача общей практики в минимальном наборе помещений предусматриваются: холл с зоной рекреации и отдельным входом, кабинет врача, процедурная, перевязочная, смотровая, комната персонала, санузел.

10.19. Прием косметолога-терапевта.

10.19.1. Оказание медицинской помощи по косметологии терапевтической без нарушения целостности кожных покровов, в т. ч. с применением физиотерапевтических методов лечения проводится в кабинете врача косметолога. В случае применения инъекционных методов лечения предусматривается и процедурный кабинет.

10.20. Централизованное стерилизационное отделение (ЦСО).

10.20.1. Помещения ЦСО должны быть разделены на три зоны – грязная, чистая и стерильная. К грязной зоне относятся помещения приема и очистки изделий медицинского назначения, к чистой зоне относятся помещения упаковки, комплектации и загрузки в стерилизато-

ры. К стерильной зоне относятся: стерильная половина стерилизационной-автоклавной, склад стерильных материалов и экспедиция.

10.21. Фельдшерско-акушерские пункты (ФАП).

10.21.1. Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, оборудованию и эксплуатации ФАП изложены в главе VI.

10.22. Здравпункты предприятий и учреждений.

10.22.1. Состав и площадь помещений определяется заданием на проектирование с учетом численности обслуживаемого контингента и видами медицинской деятельности. Помимо медицинских кабинетов предусматриваются бытовые помещения для персонала. В здравпунктах соблюдаются правила противоэпидемического режима в соответствии с требованиями настоящих правил.

11. Санитарное содержание помещений, оборудования, инвентаря

11.1. Все помещения, оборудование, медицинский и другой инвентарь должны содержаться в чистоте. Влажная уборка помещений (обработка 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. 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.

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

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

- для дезинфекции, предстерилизационной очистки и 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, отходов классов Б и В (в случае отсутствия установок для обеззараживания).

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

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

11.5. Уборочный инвентарь (тележки, мопы, емкости, ветошь, швабры) должен иметь четкую маркировку или цветовое кодирование с учетом функционального назначения помещений и видов уборочных работ и храниться в выделенном помещении. Схема цветового кодирования размещается в зоне хранения инвентаря. Стиральные машины для стирки мопов и другой ветоши устанавливаются в местах комплектации уборочных тележек.

11.6. Мытье оконных стекол должно проводиться по мере необходимости, но не реже 2 раз в год.

11.7. Генеральная уборка помещений палатных отделений и других функциональных помещений и кабинетов должна проводиться по графику не реже 1 раза в месяц, с обработкой стен, полов, оборудования, инвентаря, светильников.

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

Вне графика генеральную уборку проводят в случае получения неудовлетворительных результатов микробной обсемененности внешней среды и по эпидемиологическим показаниям.

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.

11.9. 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.

11.10. Использованный уборочный инвентарь обеззараживают в растворе дезинфицирующего средства, затем прополаскивают в воде и сушат. Уборочный инвентарь для пола и стен должен быть раздельным, иметь четкую маркировку, применяться раздельно для кабинетов, коридоров, санузлов.

При невозможности использования одноразовых тканевых салфеток, многоразовые салфетки подлежат стирке.

11.11. Хранение уборочного инвентаря необходимо осуществлять в специально выделенном помещении или шкафу вне помещений рабочих кабинетов.

11.12. Для обеззараживания воздуха в помещениях с асептическим режимом 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.

С целью снижения обсемененности воздуха до безопасного уровня применяются следующие технологии:

• воздействие ультрафиолетовым излучением с помощью открытых и комбинированных бактерицидных облучателей, применяемых в отсутствии людей, и закрытых облучателей, в т. ч. рециркуляторов, позволяющих проводить обеззараживание воздуха в присутствии людей. Необходимое число облучателей для каждого помещения определяют расчетным путем согласно действующим нормам;

• воздействие аэрозолями дезинфицирующих средств в отсутствии людей с помощью специальной распыливающей аппаратуры (генераторы аэрозолей) при проведении дезинфекции по типу заключительной и генеральных уборок;

• применение бактериальных фильтров, в т. ч. электрофильтров.

11.13. Для проведения уборки (кроме помещений класса А) допускается привлекать профессиональные уборочные (клининговые) компании, работающие в круглосуточном режиме, для которых необходимо предусматривать отдельные помещения. Персонал клининговых компаний при проведении уборки в ООМД должен соблюдать настоящие правила. Требования к условиям труда персонала клининговых компаний, работающего в ЛПО, определены пунктом 15 главы I настоящих правил.

11.14. 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 других) должно проводиться незамедлительно.

11.15. Сбор грязного белья осуществляется в закрытой таре (клеенчатые или полиэтиленовые мешки, специально оборудованные и маркированные бельевые тележки или другие аналогичные приспособления) и передаваться в централизованную кладовую для грязного белья. Временное хранение грязного белья в отделениях (не более 12 ч) допускает-

ся в помещениях для грязного белья с водостойкой отделкой поверхностей, оборудованных умывальником, устройством для обеззараживания воздуха. Помещение и инвентарь ежедневно моются и дезинфицируются.

11.16. В стационарах и поликлиниках предусматриваются централизованные кладовые для чистого и грязного белья. В медицинских организациях малой мощности чистое и грязное белье может храниться в раздельных шкафах, в т. ч. встроенных. Кладовая для чистого белья оборудуется стеллажами с влагоустойчивой поверхностью для проведения влажной уборки и дезинфекции. Центральная кладовая для грязного белья оборудуется напольными стеллажами, умывальником, вытяжной вентиляцией и устройством для обеззараживания воздуха.

11.17. Процессы, связанные с транспортированием, погрузкой, разгрузкой белья, должны быть механизированы.

11.18. Стирка белья должна осуществляться в специальных прачечных или прачечной в составе медицинской организации. Режим стирки белья должен соответствовать действующим гигиеническим нормативам.

11.19. Транспортирование чистого белья из прачечной и грязного белья в прачечную должно 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.

11.20. После выписки (смерти) больного, а также по мере загрязнения, матрасы, подушки, одеяла должны подвергаться дезинфекционной камерной обработке. В случае использования для покрытия матрасов чехлов из материала, допускающего влажную дезинфекцию, камерная обработка не требуется. Дезинфекционной обработке подлежат кровать и тумбочка пациента. В медицинской организации должен быть обменный фонд постельных принадлежностей, для хранения которого предусматривается специальное помещение.

11.21. В строящихся и реконструируемых ЛПО рекомендуется устройство пунктов обработки кроватей с последующей комплектацией постельными принадлежностями.

11.22. 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 (в т. ч. технических) от ремонтируемых. При ремонте пищеблоков питание пациентов и персонала обеспечивается другими организациями общественного питания, имеющими разрешение на приготовление лечебного питания.

11.23. В ООМД не должно быть синантропных членистоногих, крыс и мышевидных грызунов. Проведение дезинсекции и дератизации должно осуществляться в соответствии с санитарными правилами специализированными организациями.

11.24. Сбор, временное хранение и удаление отходов различных классов опасности в ООМД осуществляются в соответствии с санитарными правилами по обращению с медицинскими отходами.

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

11.26. ООМД должна быть обеспечена необходимым количеством технологического оборудования для обращения с отходами разных классов опасности (стойки-тележки, пакеты, мешки, контейнеры, в т. ч. непрокалываемые, и др.).

12. Правила обработки рук медицинского персонала и кожных покровов пациентов

12.1. В целях профилактики ВБИ обеззараживанию подлежат руки медицинских работников (гигиеническая обработка рук, обработка рук хирургов) и кожные покровы пациентов (обработка операционного и инъекционного полей, локтевых сгибов доноров, санитарная обработка кожных покровов).

В зависимости от выполняемой медицинской манипуляции и требуемого уровня снижения микробной контаминации кожи рук медицинский персонал осуществляет гигиеническую обработку рук или обработку рук хирургов. Администрация организует обучение и контроль выполнения требований гигиены рук медицинским персоналом.

12.2. Для достижения эффективного мытья и обеззараживания рук необходимо соблюдать следующие условия: коротко подстриженные ногти, отсутствие лака на ногтях, искусственных ногтей, на руках колец, перстней и других ювелирных украшений. Перед обработкой рук хирургов необходимо снять также часы, браслеты и пр. Для высушивания рук применяют чистые тканевые полотенца или бумажные салфетки однократного использования, при обработке рук хирургов – только стерильные тканевые.

12.3. Медицинский персонал должен быть обеспечен в достаточном количестве эффективными средствами для мытья и обеззараживания рук, а также средствами для ухода за кожей рук (кремы, лосьоны, бальзамы и др.) для снижения риска возникновения контактных дерматитов. При выборе кожных антисептиков, моющих средств и средств для ухода за кожей рук следует учитывать индивидуальную переносимость.

12.4. Гигиеническая обработка рук.

12.4.1. Гигиеническую обработку рук следует проводить в следующих случаях:

• перед непосредственным контактом с пациентом;

• после контакта с неповрежденной кожей пациента (например, при измерении пульса или артериального давления);

• после контакта с секретами или экскретами организма, слизистыми оболочками, повязками;

• перед выполнением различных манипуляций по уходу за пациентом;

• после контакта с медицинским оборудованием и другими объектами, находящимися в непосредственной близости от пациента.

• после лечения пациентов с гнойными воспалительными процессами, после каждого контакта с загрязненными поверхностями и оборудованием;

12.4.2. Гигиеническая обработка рук проводится двумя способами:

• гигиеническое мытье рук мылом и водой для удаления загрязнений и снижения количества микроорганизмов;

• обработка рук кожным антисептиком для снижения количества микроорганизмов до безопасного уровня.

12.4.3. Для мытья рук применяют жидкое мыло с помощью дозатора (диспенсера). Вытирают руки индивидуальным полотенцем (салфеткой), предпочтительно одноразовым.

12.4.4. Гигиеническую обработку рук спиртсодержащим или другим, разрешенным к применению антисептиком (без их предварительного мытья) проводят путем втирания его в кожу кистей рук в количестве, рекомендуемом инструкцией по применению, обращая особое внимание на обработку кончиков пальцев, кожи вокруг ногтей, между пальцами. Непременным условием эффективного обеззараживания рук является поддержание их во влажном состоянии в течение рекомендуемого времени обработки.

12.4.5. При использовании дозатора новую порцию антисептика (или мыла) наливают в дозатор после его дезинфекции, промывания водой и высушивания. Предпочтение следует отдавать локтевым дозаторам и дозаторам на фотоэлементах.

12.4.6. Использование перчаток.

12.4.6.1. Перчатки необходимо надевать во всех случаях, когда возможен контакт с кровью или другими биологическими субстратами, потенциально или явно контаминированными микроорганизмами, слизистыми оболочками, поврежденной кожей.

12.4.6.2. Не допускается использование одной и той же пары перчаток при контакте (для ухода) с двумя и более пациентами, при переходе от одного пациента к другому или от контаминированного микроорганизмами участка тела к чистому. После снятия перчаток проводят гигиеническую обработку рук.

12.4.6.3. При загрязнении перчаток выделениями, кровью и т. п. во избежание загрязнения рук в процессе их снятия следует тампоном (салфеткой), смоченной раствором дезинфицирующего средства (или антисептика), убрать видимые загрязнения. Снять перчатки, погрузить их в раствор средства, затем утилизировать. Руки обработать антисептиком.

12.5. Обработка рук хирургов.

12.5.1. Обработку рук хирургов проводят все, участвующие в проведении оперативных вмешательств, родов, катетеризации магистральных сосудов. Обработка проводится в два этапа: I этап – мытье рук мылом и водой в течение двух минут, а затем высушивание стерильным полотенцем (салфеткой); II этап – обработка антисептиком кистей рук, запястий и предплечий.

12.5.2. Количество антисептика, необходимое для обработки, кратность обработки и её продолжительность определяются рекомендациями, изложенными в методических указаниях/инструкциях по применению конкретного средства. Непременным условием эффективного обеззараживания рук является поддержание их во влажном состоянии в течение рекомендуемого времени обработки.

12.5.3. Стерильные перчатки надевают сразу после полного высыхания антисептика на коже рук.

12.6. Алгоритмы/стандарты всех эпидемиологически значимых лечебных и диагностических манипуляций должны включать в себя рекомендуемые средства и способы обработки рук при выполнении соответствующих манипуляций.

12.7. Необходимо осуществлять постоянный контроль выполнения требований гигиены рук медицинскими работниками и доводить эту информацию до сведения персонала с целью повышения качества медицинской помощи.

12.8. Кожные антисептики для обработки рук должны быть легко доступны на всех этапах лечебно-диагностического процесса. В подразделениях с высокой интенсивностью ухода за пациентами и нагрузкой на персонал (отделения реанимации и интенсивной терапии и т. п.) дозаторы с кожными антисептиками для обработки рук должны размещаться в удобных для применения персоналом местах (у входа в палату, постели больного и др.). Следует также предусматривать возможность обеспечения медицинских работников индивидуальными емкостями (флаконами) небольших объемов (100—200 мл) с кожным антисептиком.

12.9. Обеззараживание кожных покровов пациентов.

12.9.1. Обработку операционного поля пациента перед хирургическим вмешательством и другими манипуляциями, связанными с нарушением целостности кожных покровов (пункции, биопсии), предпочтительно проводить антисептиком, содержащим краситель.

12.9.2. Обработка инъекционного поля предусматривает обеззараживание кожи с помощью спиртосодержащего антисептика в месте инъекций (подкожных, внутримышечных, внутривенных) и взятия крови.

12.9.3. Для обработки локтевых сгибов доноров используют те же антисептики, что и для обработки операционного поля.

12.9.4. Для санитарной обработки кожных покровов пациентов (общей или частичной) используют антисептики, не содержащие спирты, обладающие дезинфицирующими и моющими свойствами. Санитарную обработку проводят накануне оперативного вмешательства или при уходе за пациентом.

13. Требования к правилам личной гигиены пациентов

13.1. При поступлении в стационар пациенты, при необходимости, проходят санитарную обработку в приемном отделении, включающую: принятие душа или ванны, стрижку ногтей и другие процедуры, в зависимости от результатов осмотра. После санитарной обработки больному выдается комплект чистого нательного белья, пижаму/халат, тапочки. Личная одежда и обувь оставляется в специальной упаковке с вешалками (полиэтиленовые мешки, чехлы из плотной ткани) в помещении для хранения вещей пациентов или передается его родственникам (знакомым). Допускается нахождение больных в стационарах в домашней одежде. Личная одежда больных инфекционными заболеваниями должна подвергаться камерной дезинфекции в случаях, предусмотренных санитарными правилами.

13.2. В отделении больному выдается мыло, полотенце, стакан (чашка, кружка), при необходимости – поильник, плевательница, подкладное судно с подставкой. Разрешается использовать собственные предметы личной гигиены.

13.3. Гигиеническая обработка больных (при отсутствии медицинских противопоказаний) должна осуществляться не реже 1 раза в 7 дней с отметкой в истории болезни. 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.

13.4. Смена белья пациентам должна проводиться по мере загрязнения, регулярно, но не реже 1 раза в 7 дней. Загрязненное белье подле-

жит немедленной замене. Смену постельного белья родильницам следует проводить 1 раз в 3 дня, нательного белья и полотенец – ежедневно, подкладных пеленок – не менее 4—5 раз в сутки и по необходимости. Допускается использование прокладок фабричного изготовления.

Перед возвращением пациента в палату после операции проводится обязательная смена белья. Смена белья пациентам после операций должна проводиться систематически до прекращения выделений из ран.

13.5. В операционных, акушерских стационарах (родильных блоках и других помещениях с асептическим режимом, а также в палатах для новорождённых) должно применяться стерильное белье. Для новорождённых допускается использование памперсов.

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

14. Требования к организации питания пациентов

14.1. Пищеблок ЛПО следует размещать в отдельно стоящем здании, которое может соединяться транспортными тоннелями с палатными отделениями, кроме инфекционных. Допускается размещение пищеблока в лечебных корпусах при условии соблюдения технологической поточности, включая лифтовое оборудование и оснащение автономной приточно-вытяжной вентиляцией.

14.2. Устройство и содержание помещений пищеблока, оборудование, инвентарь, посуда, условия транспортирования и хранения пищевых продуктов должны соответствовать санитарным правилам.

14.3. Состав и планировка помещений пищеблоков ЛПО должны обеспечивать соблюдение гигиенических требований при технологических процессах приготовления блюд в соответствии с требованиями к общественному питанию.*

14.4. Поточность технологического процесса приготовления блюд должна исключать возможность контакта сырых и готовых к употреблению продуктов.

14.5. Пищевые продукты, поступающие на пищеблок, должны соответствовать гигиеническим требованиям, предъявляемым к продовольственному сырью и пищевым продуктам и сопровождаться доку-

---

* СП 2.3.6.1079—01 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям общественного питания, изготовлению и оборотоспособности в них пищевых продуктов и продовольственного сырья»; зарегистрировано в Минюсте России 07.12.2001 г., регистрационный номер 3077.

ментами, удостоверяющими их качество и безопасность, с указанием даты выработки, сроков и условий годности (хранения) продукции. Для контроля за качеством поступающей продукции проводится органолептическая оценка и делается запись в журнале бракеража продукции.

14.6. Продукты следует хранить по видам продукции: сухие (мука, сахар, крупа, макаронные изделия и др.); хлеб; мясные, рыбные; молочно-жировые; гастрономические; овощи и фрукты. Условия и сроки хранения продуктов должны соответствовать требованиям санитарных правил.*

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

14.8. В целях предупреждения возникновения инфекционных заболеваний и пищевых отравлений среди пациентов, связанных с употреблением недоброкачественной пищи:

а) не допускается принимать:

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

б) не используются:

---

* СанПиН 2.3.2.1324—03 «Гигиенические требования к срокам годности и условиям хранения пищевых продуктов»; зарегистрировано в Минюсте России 06.06.2003 г., регистрационный номер 4654.

• фляжное, бочковое, непастеризованное молоко, фляжный творог и сметана без тепловой обработки (кипячения); прокисшее молоко «самоквас»;

• консервированные продукты домашнего приготовления;

в) не изготавливаются на пищеблоке ЛПО:

• сырковая масса, творог;

• макароны с мясным фаршем («по-флотски»), блинчики с мясом, студни, зельцы, окрошка, заливные блюда (мясные и рыбные);

• яичница-глазунья;

• кремы, кондитерские изделия с кремом;

• изделия во фритюре, паштеты.

14.9. При составлении меню-раскладок должны учитываться основные принципы лечебного питания и нормы питания на одного больного.

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

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

14.10. Обработка яиц, используемых для приготовления блюд, осуществляется в соответствии с требованиями, установленными санитарными правилами для предприятий общественного питания. Хранение необработанных яиц в кассетах, коробках в производственных цехах не допускается.

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

14.12. Для приготовления и хранения готовой пищи следует использовать посуду из нержавеющей стали. Алюминиевую посуду можно использовать только для приготовления и кратковременного хранения блюд. Не допускается использовать для приготовления и хранения блюд эмалированную посуду.

14.13. Выдача готовой пищи осуществляется только после снятия пробы. Оценку органолептических показателей и качества блюд проводит бракеражная комиссия ЛПО, назначенная администрацией. При нарушении технологии приготовления пищи, а также в случае неготовности блюдо к выдаче не допускается до устранения выявленных кулинарных недостатков. Результат бракеража регистрируется в журнале бракеража готовой продукции.

Для членов бракеражной комиссии выделяются отдельные халаты.

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

Отбор суточной пробы проводит медицинский работник (или под его руководством повар) в специально выделенные обеззараженные и промаркированные стеклянные емкости с плотно закрывающимися крышками – отдельно каждое блюдо или кулинарное изделие. Холодные закуски, первые блюда, гарниры и напитки (третьи блюда) отбирают в количестве не менее 100 г. Порционные вторые блюда, биточки, котлеты, сырники, оладьи, колбаса, бутерброды оставляют поштучно, целиком (в объеме одной порции).

Суточные пробы хранятся не менее 48 ч с момента окончания срока реализации блюд в специально отведенном в холодильнике месте/холодильнике при температуре 2—6 °С.

Посуда для хранения суточной пробы (емкости и крышки) обрабатывается кипячением в течение 5 мин.

14.15. Для транспортирования готовой пищи в буфетные отделения ЛПО используют термосы или плотно закрывающуюся посуду. Хлеб можно транспортировать в полиэтиленовых или клеенчатых мешках, хранение хлеба в них не разрешается.

14.16. При выдаче на пищеблоке блюд для буфетных отделений температура готовой пищи должна быть: первых – не ниже 75 °С, вторых – не ниже 65 °С, холодные блюда и напитки – от 7 до 14 °С. Срок раздачи готовых блюд не должен превышать 2 ч от момента приготовления.

14.17. В пищеблоке должно быть выделено помещение для мытья и хранения посуды для транспортирования пищи и тележек из отделений. При отсутствии данного помещения допускается мытье и хранение посуды для транспортирования в моечных буфетных отделений. Для этого необходимо предусмотреть дополнительную установку ванны необходимых размеров и выделено место для хранения кухонной посуды.

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

14.19. В существующих ЛПО в моечных помещениях (в т. ч. в буфетных отделениях) должны быть предусмотрены резервные электроводонагревательные установки с подводкой воды к моечным ваннам.

14.20. Для обработки посуды необходимо использовать моющие, чистящие и дезинфицирующие средства, разрешенные к применению в установленном порядке. В моечных отделениях вывешивают инструкцию о правилах мытья посуды и инвентаря с указанием концентраций и объемов применяемых моющих и дезинфицирующих средств.

14.21. В буфетных отделений должно быть предусмотрено два помещения: для раздачи пищи (не менее 9 м^2) и для мытья посуды (не менее 6 м^2). В помещении буфетной предусматриваются раковина для мытья рук. Обработка посуды может проводиться механизированным или ручным способом. Для ручной обработки посуды предусматриваются не менее 2 моечных ванн с подводкой к ним холодной и горячей воды со смесителем. Моечные ванны присоединяются к канализационной сети с воздушным разрывом не менее 20 мм от верха приемной воронки. Все приемники стоков внутренней канализации имеют гидравлические затворы (сифоны).

В случае отсутствия условий для мытья транспортной посуды на пищеблоке устанавливается дополнительная ванна соответствующих размеров в моечной буфетной. При механизированной мойке используется моечная машина в соответствии с инструкцией по эксплуатации.

14.22. Обработка посуды проводится в следующей последовательности: механическое удаление пищи и мытье в первой мойке с обезжиривающими средствами; ополаскивание горячей водой – во второй мойке; и просушивание посуды на специальных полках или решетках.

14.23. Дезинфекция (обеззараживание) посуды проводится в инфекционных больницах (отделениях), и по эпидемиологическим показаниям химическим (растворы дезинфицирующих средств, в т. ч. в моечной машине) или термическим способами (кипячение, обработка в суховоздушном стерилизаторе и др.), а также обеззараживание остатков пищи от больного по режимам для соответствующих инфекций.

14.24. Щетки для мытья посуды и ветошь для протирки столов после окончания работы промывают с обезжиривающими средствами, дезинфицируют (при химической дезинфекции промывают проточной водой), просушивают и хранят в специально выделенном месте.

14.25. После каждой раздачи пищи проводят влажную уборку помещений буфетных. Уборочный материал промывается, обеззараживается, просушивается.

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

14.27. Раздачу пищи больным проводят буфетчицы и дежурные медицинские сестры отделения. Раздача пищи должна проводиться в халатах с маркировкой «Для раздачи пищи». Не допускается к раздаче пищи младший обслуживающий персонал.

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

14.29. Ежедневно дежурная медицинская сестра отделения проверяет соблюдение правил и сроков годности (хранения) пищевых продук-

тов, хранящихся в холодильниках отделения. При обнаружении пищевых продуктов в холодильниках отделения с истекшим сроком годности, хранящихся без упаковок с указанием 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.

14.30. В строящихся и реконструируемых ЛПО возможна организация индивидуально-порционной системы питания пациентов и персонала («таблет-питание») – система, при которой на раздаточной линии пищеблока для каждого пациента (сотрудника) комплектуется индивидуальный поднос с крышкой, с набором порционных блюд. Доставка питания в отделения осуществляется в специальных термоконтейнерах – тележках. Использованная посуда помещается в отдельные отсеки этих же тележек и доставляется на пищеблок.

При применении технологии системы «таблет-питания» в палатных отделениях могут не предусматриваться столовые, буфетная состоит из одного помещения, которое оборудуется раковиной для мытья рук, моечной ванной для дезинфекции посуды (в случае проведения противоэпидемических мероприятий), бытовым холодильником, СВЧ-печью, электрическими чайниками.

Мытье посуды осуществляется централизованно на пищеблоке, при этом выделяются отдельные моечные для обработки кухонной посуды, столовой посуды пациентов и столовой посуды персонала, организуется также помещение для обработки тележек системы «таблет-питания».

Помещения моечных оборудуются моечными ваннами и посудомоечными машинами.

14.31. В случае, если предполагается оказание медицинской помощи детям в возрасте до одного года, в составе отделения для детей предусматриваются помещения для приготовления и розлива детских смесей.

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

14.33. Требования настоящего раздела распространяются на сторонние организации, привлекаемые для обеспечения питания пациентов и персонала ЛПО.

15. Требования к условиям труда медицинского персонала

15.1. Персонал ООМД должен проходить предварительные, при поступлении на работу, и периодические медицинские осмотры, с оформлением акта заключительной комиссии. Периодические медицин-

ские осмотры проводятся в организациях, имеющих лицензию на данные виды деятельности. Профилактическая иммунизация персонала проводится в соответствии с национальным и региональным календарем профилактических прививок.

15.2. На рабочих местах медицинского и другого персонала должно быть обеспечено соблюдение соответствующих гигиенических нормативов (параметры микроклимата, уровни освещенности, ионизирующих и неионизирующих излучений, чистоты воздуха рабочей зоны, а так же шума, ультразвука, вибрации, электромагнитных полей, ультрафиолетового, лазерного излучения). Гигиенические нормативы изложены в приложениях 3, 4, 5, 8, 9, 10, 11.

15.3. Условия труда медицинских работников, выполняющих ультразвуковые исследования должны соответствовать гигиеническим требованиям.

15.4. При использовании компьютерной техники должны соблюдаться требования действующих санитарных правил*.

15.5. Условия труда медицинских работников, выполняющих работы на лазерных установках должны соответствовать требованиям действующих санитарных норм и правил устройства и эксплуатации лазеров.

15.6. Не допускается использование медицинского оборудования, в т. ч. наркозного, являющегося источником выделения вредных веществ без отводящих шлангов (воздухоотсосов) или поглощающих фильтров.

15.7. Работа с вредными химическими веществами (цитостатики, психотропные средства, химические реактивы) в процедурных, аэрозольно-ингаляционных кабинетах, лаборантских, зуботехнических лабораториях и других аналогичных помещениях предусматривается при условии использования местных вытяжных устройств.

15.8. Для предотвращения вредного влияния биологического фактора на здоровье медицинского персонала в действующих ООМД в перевязочных для гнойных и ожоговых больных при недостаточной эффективности работы механической приточно-вытяжной вентиляции следует предусматривать устройство обеззараживания воздуха рециркуляционного типа.

15.9. В целях профилактики гемоконтактных инфекций перчатки необходимо надевать перед любыми парентеральными манипуляциями у пациента. После снятия перчаток проводят гигиеническую обработку рук.

---

* СанПиН 2.2.2/2.4.1340—03 «Гигиенические требования к персональным электронно-вычислительным машинам и организации работы»; зарегистрировано в Минюсте России 10.06.2003 г., регистрационный номер 4673.

15.10. Персонал обеспечивается средствами индивидуальной защиты в необходимом количестве и соответствующих размеров (перчатками, масками, щитками, респираторами, фартуками и пр.) в зависимости от профиля отделения и характера проводимой работы.

15.11. Для персонала стационаров предусматривается устройство гардеробных с душем и туалетом.

15.11.1. Количество шкафов в гардеробных следует принимать равным 100 % списочного состава медицинского и технического персонала; гардеробные должны быть обеспечены двухсекционными закрывающимися шкафами, обеспечивающими раздельное хранение домашней и рабочей одежды.

15.11.2. Площадь гардеробных уличной одежды следует принимать из расчета не менее 0,08 $м^2$ на 1 вешалку (крючок) гардеробной.

15.11.3. Площадь гардеробных для личной и рабочей одежды персонала следует принимать из расчета не менее 0,5 $м^2$ на 1 шкаф.

15.11.4. Количество душевых кабин в стационарах принимается из расчета: не менее 1 душевой кабины на 10 человек, работающих в отделениях инфекционного и туберкулезного профилей; в других отделениях – не менее 1 душевой кабины на 15 человек, работающих в наибольшей смене. При меньшем числе персонала следует предусматривать не менее 1 душевой кабины.

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

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

15.14. В каждом структурном подразделении выделяются комнаты для персонала, в которых должны быть предусмотрены условия для приема пищи.

15.15. 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.

В оперблоке врачи и другие лица, участвующие в операции, должны работать в стерильных халатах, перчатках и масках. Сменная обувь должна быть из нетканого материала.

15.16. Стирка одежды персонала должна осуществляться централизовано и раздельно от белья больных.

15.17. Смена одежды в подразделениях хирургического и акушерского профиля осуществляется ежедневно и по мере загрязнения. В уч-

реждениях терапевтического профиля – 2 раза в неделю и по мере загрязнения. Сменная обувь персонала, работающего в помещениях с асептическим режимом 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.

15.18. В ходе проведения манипуляций пациенту персонал не должен вести записи, прикасаться к телефонной трубке и тому подобное.

На рабочем месте запрещено принимать пищу.

Нахождение в медицинской одежде и обуви за пределами ЛПО не допускается.

15.19. Профилактические мероприятия при загрязнении кожи и слизистых работника кровью или другими биологическими жидкостями, а также при уколах и порезах.

15.19.1. При загрязнении кожи рук выделениями, кровью и т. п. необходимо вымыть руки мылом и водой; тщательно высушить руки одноразовым полотенцем; дважды обработать антисептиком.

15.19.2. Руки в перчатках обработать салфеткой, смоченной дезинфектантом, затем вымыть проточной водой, снять перчатки, руки вымыть и обработать кожным антисептиком;

15.19.3. При попадании биологической жидкости пациента на слизистые ротоглотки немедленно рот и горло прополоскать 70 %-м спиртом или 0,05 %-м раствором марганцово-кислого калия.

15.19.4. При попадании биологических жидкостей в глаза промыть их раствором марганцовокислого калия в воде в соотношении 1 : 10 000.

15.19.5. При уколах и порезах вымыть руки, не снимая перчаток, проточной водой с мылом, снять перчатки, выдавить из ранки кровь, вымыть руки с мылом и обработать ранку 5 %-й спиртовой настойкой йода. При наличии на руках микротравм, царапин, ссадин заклеить поврежденные места лейкопластырем.

15.19.6. По показаниям проводится экстренная профилактика гепатита В и ВИЧ-инфекции в соответствии с прилож. 12.

15.19.7. При получении травм, в т. ч. микротравм (уколы, порезы), опасных в плане инфицирования, ответственный за профилактику парентеральных инфекций в ЛПО организует регистрацию в журнале учета травм и составляет акт в соответствии с законодательством Российской Федерации.

15.20. Для ухода за кожей рук использовать смягчающие и защитные кремы, обеспечивающие эластичность и прочность кожи.

II. Организация дезинфекционных и стерилизационных мероприятий в организациях, осуществляющих медицинскую деятельность

1. Общие положения

1.1. В целях профилактики внутрибольничных инфекций (далее – ВБИ) в лечебно-профилактической организации (далее – ЛПО) осуществляются дезинфекционные и стерилизационные мероприятия, которые включают в себя работы по профилактической и очаговой дезинфекции, дезинсекции, дератизации, обеззараживанию, предстерилизационной очистке и стерилизации изделий медицинского назначения.

Ответственность за организацию и проведение дезинфекционных (дезинфекция, дезинсекция, дератизация) и стерилизационных (предстерилизационная очистка, стерилизация) мероприятий, а также за обучение персонала по данным вопросам несет руководитель ООМД, который руководствуется настоящими санитарными правилами и другими действующими нормативно-методическими документами.

1.2. Для проведения дезинфекционных и стерилизационных мероприятий ООМД должны регулярно обеспечиваться моющими и дезинфицирующими средствами различного назначения, кожными антисептиками, средствами для стерилизации изделий медицинского назначения, а также стерилизационными упаковочными материалами и средствами контроля (в т. ч. химическими индикаторами).

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

- для дезинфекции, предстерилизационной очистки и 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, отходов классов Б и В.

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

1.4. Профилактическая дезинфекция осуществляется в формах:

- плановой;
- по эпидемиологическим показаниям;
- по санитарно-гигиеническим показаниям.

1.4.1. Плановая профилактическая дезинфекция проводится систематически в ЛПО при отсутствии в них ВБИ, когда источник возбудителя не выявлен и возбудитель не выделен, с целью:

• уменьшения микробной обсемененности объектов внутрибольничной среды и предупреждения возможности размножения микроорганизмов;

• предупреждения распространения микроорганизмов через изделия медицинского назначения, руки и кожные покровы медицинского персонала и больных;

• освобождения помещений ЛПО и окружающей территории от членистоногих и грызунов.

При плановой профилактической дезинфекции в ЛПО проводится:

• обеззараживание всех видов поверхностей внутрибольничной среды, обеспечивающее гибель санитарно-показательных бактерий и уменьшение контаминации микроорганизмами различных объектов, в т. ч. воздуха, предметов ухода за больными, посуды и других;

• обеззараживание изделий медицинского назначения (поверхностей, каналов и полостей) с целью умерщвления бактерий и вирусов (в т. ч. возбудителей парентеральных вирусных гепатитов, ВИЧ-инфекции); обеззараживанию подлежат все изделия медицинского назначения, включая эндоскопы и инструменты к ним, после их использования у пациента;

• дезинфекция высокого уровня эндоскопов (ДВУ), используемых в диагностических целях (без нарушения целости тканей, т. е. при «нестерильных» эндоскопических манипуляциях), обеспечивающая гибель всех вирусов, грибов рода Кандида, вегетативных форм бактерий и большинства споровых форм микроорганизмов;

• гигиеническая обработка рук медицинского персонала;

• обработка рук хирургов и других лиц, участвующих в проведении оперативных вмешательств и приеме родов;

• обработка операционного и инъекционного полей;

• полная или частичная санитарная обработка кожных покровов;

• обеззараживание медицинских отходов классов Б и В;

• дезинсекция, обеспечивающая освобождение или снижение численности членистоногих в помещении и на окружающей территории;

• дератизация, обеспечивающая освобождение помещений от грызунов и снижение их численности на окружающей территории.

1.4.2. Профилактическая дезинфекция по эпидемиологическим показаниям проводится с целью не допустить распространения возбудителей ВБИ и их переносчиков в отделениях (палатах) из соседних отделений (палат).

Профилактическая дезинфекция по эпидемиологическим показаниям проводится с учетом эпидемиологических особенностей конкретной внутрибольничной инфекции (инкубационный период, устойчивость и длительность выживания возбудителя на объектах, имеющих наибольшее эпидемиологическое значение) и режимов применения средств обеззараживания (дезинфекции, дезинсекции, дератизации).

1.4.3. Профилактическая дезинфекция по санитарно-гигиеническим показаниям проводится как разовое мероприятие в помещениях организаций, находящихся в неудовлетворительном санитарном состоянии по методике проведения генеральных уборок.

Генеральная уборка осуществляется с целью удаления загрязнений и снижения микробной обсемененности в помещениях организаций.

При генеральной уборке проводится мытье, очистка и обеззараживание поверхностей помещений (в том числе труднодоступных), дверей, мебели, оборудования (в т. ч. осветительных приборов), аппаратуры с использованием моющих и дезинфицирующих средств и последующим обеззараживанием воздуха.

Генеральная уборка функциональных помещений, палат и кабинетов проводится по графику не реже одного раза в месяц; операционных блоков, перевязочных, родильных залов, процедурных, манипуляционных, стерилизационных – один раз в неделю.

При генеральной уборке режимы применения дезинфицирующих средств определяются с учетом профиля стационара и микробной контаминации объектов.

1.5. Очаговая дезинфекция проводится при выявлении источника инфекции (больные, носители) в стационарах (отделениях), амбулаторно-поликлинических организациях любого профиля с учетом эпидемиологических особенностей инфекции и механизма передачи ее возбудителя.

Целью очаговой дезинфекции является предупреждение распространения возбудителей инфекций от больных (носителей) с их выделениями и через объекты, имевшие контакт с больными в стационаре (отделении) и за его пределами.

При очаговой дезинфекции обеззараживаются различные объекты, имеющие эпидемиологическое значение в передаче возбудителя; проводится гигиеническая обработка рук медицинского персонала, полная или частичная обработка кожных покровов больных и персонала; дезинсекция и дератизация.

Очаговая дезинфекция осуществляется в формах текущей и заключительной очаговой дезинфекции.

1.5.1. Текущая очаговая дезинфекция объектов внутрибольничной среды в окружении больного проводится с момента выявления у боль-

ного внутрибольничной инфекции и до выписки (или перевода в другое отделение/стационар).

В ходе текущей очаговой дезинфекции проводится систематическое обеззараживание потенциально контаминированных выделений больного и всех объектов внутрибольничной среды, с которыми больной имел контакт: изделий медицинского назначения, предметов ухода, посуды, белья, поверхностей в помещениях, в т. ч. мебели и оборудования, обеззараживание медицинских отходов класса Б и В, дезинсекция и дератизация. При текущей дезинфекции проводится гигиеническая обработка рук медицинского персонала, полная или частичная обработка кожных покровов больных и персонала, инъекционного поля.

1.5.2. Заключительная очаговая дезинфекция проводится после выписки, смерти или перевода больного в другое отделение или стационар с целью обеззараживания объектов внутрибольничной среды, с которыми он контактировал в процессе пребывания в стационаре.

В ходе заключительной очаговой дезинфекции:

- обеззараживаются поверхности помещений, в которых находился больной и места общего пользования; поверхности оборудования и приборов; изделия медицинского назначения; предметы ухода за больным, медицинские отходы;
- обеззараживаются в дезинфекционных камерах постельные принадлежности, нательное белье и вещи больного, выдаваемые ему перед выпиской;
- обеззараживается санитарный транспорт, перевозивший больного;
- проводится полная или частичная санитарная обработка кожных покровов больных перед выпиской;
- проводится дезинсекция и дератизация.

1.6. Мероприятия по дезинфекции водных систем ЛПО (систем водоснабжения, централизованных систем кондиционирования и увлажнения воздуха и др.) проводятся с целью профилактики распространения легионеллезной инфекции. Микробиологический мониторинг на наличие легионелл необходимо осуществлять не реже 2 раз в год для централизованных систем кондиционирования и увлажнения воздуха, систем горячего и холодного водоснабжения и ежеквартально для бассейнов.

1.7. При проведении инвазивных манипуляций во всех отделениях и амбулаторно-поликлинических организациях используются стерильные изделия медицинского назначения, которые после использования подвергаются при профилактической и очаговой дезинфекции обеззараживанию, а изделия многократного применения – также предстерилизационной очистке и стерилизации.

Предстерилизационная очистка и стерилизация проводятся в централизованных стерилизационных отделениях (далее – ЦСО), а при их

отсутствии в отделениях ЛПО систематически во всех случаях при подготовке изделий к предстоящим медицинским манипуляциям, при которых эти изделия будут соприкасаться с кровью, раневой поверхностью, инъекционными препаратами или при которых имеется риск повреждения слизистых оболочек.

1.7.1. Предстерилизационная очистка осуществляется в качестве самостоятельного процесса после дезинфекции изделий или при совмещении с ней. Её цель – удаление с изделий медицинского назначения любых неорганических и органических загрязнений (включая белковые, жировые, механические и другие), в т. ч. остатков лекарственных препаратов, сопровождающееся снижением общей микробной контаминации для облегчения последующей стерилизации этих изделий.

1.7.2. Целью стерилизации изделий медицинского назначения, в т. ч. эндоскопов и инструментов к ним, используемых в диагностических и лечебных целях с нарушением целостности тканей (т. е. используемых при стерильных эндоскопических манипуляциях), является обеспечение гибели на изделиях (и внутри них) микроорганизмов всех видов, в т. ч. и споровых форм.

1.8. Для дезинфекции, предстерилизационной очистки, стерилизации, дезинсекции и дератизации используются химические, физические средства, оборудование, аппаратура и материалы, разрешенные к применению в ЛПО в установленном в Российской Федерации порядке, не оказывающие неблагоприятного воздействия на человека.

При выборе средств необходимо учитывать рекомендации изготовителей изделий медицинского назначения, применяемых в организации, касающиеся воздействия конкретных дезинфекционных средств на материалы этих изделий.

Для проведения текущей и профилактической дезинфекции в присутствии больных применяются малоопасные дезинфицирующие средства (IV класса опасности).

1.9. В целях предупреждения возможного формирования резистентных к дезинфектантам штаммов микроорганизмов следует проводить мониторинг устойчивости госпитальных штаммов к применяемым дезинфицирующим средствам с последующей их ротацией (последовательная замена дезинфектанта из одной химической группы на дезинфектант из другой химической группы) при необходимости.

1.10. В ООМД должен быть не менее чем месячный запас разнообразных дезинфицирующих средств (ДС) различного химического состава и назначения в соответствии с расчетной потребностью.

1.11. Емкости с дезинфицирующими, моющими и стерилизующими средствами должны быть снабжены крышками, иметь четкие надписи с указанием названия дезинфицирующего средства, его концентрации, назначения, даты приготовления рабочих растворов.

1.12. Хранение ДС допускается только в специально отведенных местах, отвечающих установленным требованиям*, в оригинальной упаковке производителя отдельно от лекарственных препаратов, в местах, недоступных детям.

2. Требования к проведению дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации изделий медицинского назначения

2.1. Медицинские изделия многократного применения подлежат последовательно: дезинфекции, предстерилизационной очистке, стерилизации, последующему хранению в условиях, исключающих вторичную контаминацию микроорганизмами.

2.2. Изделия однократного применения после использования при манипуляциях у пациентов подлежат обеззараживанию/обезвреживанию, их повторное использование запрещается.

2.3. При выборе дезинфицирующих средств необходимо учитывать рекомендации изготовителей изделий медицинского назначения, касающиеся воздействия конкретных дезинфицирующих средств на материалы этих изделий.

2.4. ООМД должны быть обеспечены медицинской техникой и изделиями медицинского назначения в количестве, достаточном для бесперебойной работы с учетом времени, необходимого для их обработки между манипуляциями у пациентов**.

2.5. Изделия медицинского назначения после применения подлежат дезинфекции независимо от дальнейшего их использования (изделия однократного и многократного применения). Дезинфекцию можно проводить физическими и химическими методами. Выбор метода зависит от особенностей изделия и его назначения.

2.6. Для дезинфекции изделий медицинского назначения применяют дезинфицирующие средства, обладающие широким спектром антимикробного (вирулицидное, бактерицидное, фунгицидное – с активностью в отношении грибов рода Кандида) действия. Выбор режимов дезинфекции проводят по наиболее устойчивым микроорганизмам – между вирусами или грибами рода Кандида (в туберкулезных медицинских организациях – по микобактериям туберкулеза); в микологических ста-

---

* СП 3.5.1378—03 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и осуществлению дезинфекционной деятельности»; зарегистрировано в Минюсте России 19.06.2003 г., регистрационный номер 4757.

** Правила обработки эндоскопов и инструментов к ним изложены в СП 3.1.1275—03 «Профилактика инфекционных заболеваний при эндоскопических манипуляциях»; зарегистрировано в Минюсте России 14.04.2003 г., регистрационный номер 4417.

ционарах (кабинетах) – по режимам, эффективным в отношении грибов рода Трихофитон.

Дезинфекцию изделий выполняют ручным (в специально предназначенных для этой цели емкостях) или механизированным (моюще-дезинфицирующие машины, ультразвуковые установки) способами.

2.7. С целью предотвращения перекрестного инфицирования пациентов через наркозно-дыхательную аппаратуру целесообразно использовать специальные дыхательные фильтры, предназначенные для оснащения указанной аппаратуры, в частности, индивидуальные дыхательные складчатые гидрофобные фильтры однократного применения. Установку фильтров осуществляют в соответствии с инструкцией по применению конкретного фильтра.

Съемные детали аппаратов дезинфицируют так же, как изделия медицинского назначения из соответствующих материалов. Рекомендуется использование дыхательных контуров однократного применения в течение не более 72 ч, если иное не предусмотрено производителем.

Обеззараживание наркозно-дыхательных аппаратов проводят с учетом рекомендаций, изложенных в руководстве по эксплуатации аппарата конкретной модели.

2.8. При проведении дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации растворами химических средств изделия медицинского назначения погружают в рабочий раствор средства (далее – раствор) с заполнением каналов и полостей. Разъемные изделия погружают в разобранном виде, инструменты с замковыми частями замачивают раскрытыми, сделав этими инструментами в растворе несколько рабочих движений.

2.9. Объем емкости для проведения обработки и объем раствора средства в ней должны быть достаточными для обеспечения полного погружения изделий медицинского назначения в раствор; толщина слоя раствора над изделиями должна быть не менее одного сантиметра.

2.10. Дезинфекцию способом протирания допускается применять для тех изделий медицинского назначения, которые не соприкасаются непосредственно с пациентом или конструкционные особенности которых не позволяют применять способ погружения.

2.11. После дезинфекции изделия медицинского назначения многократного применения должны быть отмыты от остатков дезинфицирующего средства в соответствии с рекомендациями, изложенными в инструкции по применению конкретного средства.

2.12. Предстерилизационную очистку изделий осуществляют после дезинфекции или при совмещении с дезинфекцией в одном процессе (в зависимости от применяемого средства): ручным или механизирован-

ным (в соответствии с инструкцией по эксплуатации, прилагаемой к конкретному оборудованию) способами.

Предстерилизационную очистку изделий проводят в централизованных стерилизационных, при их отсутствии этот этап обработки осуществляют в отделениях лечебных организаций.

2.13. Качество предстерилизационной очистки изделий оценивают путем постановки азопирамовой или амидопириновой пробы на наличие остаточных количеств крови, а также путем постановки фенолфталеиновой пробы на наличие остаточных количеств щелочных компонентов моющих средств (только в случаях применения средств, рабочие растворы которых имеют pH более 8,5) в соответствии с действующими методическими документами и инструкциями по применению конкретных средств.

2.14. Контроль качества предстерилизационной очистки проводят ежедневно. Контролю подлежат: в стерилизационной – 1 % от каждого наименования изделий, обработанных за смену; при децентрализованной обработке – 1 % одновременно обработанных изделий каждого наименования, но не менее трех единиц. Результаты контроля регистрируют в журнале.

2.15. Стерилизации подвергают все изделия медицинского назначения, контактирующие с раневой поверхностью, кровью (в организме пациента или вводимой в него) и/или инъекционными препаратами, а также отдельные виды медицинских инструментов, которые в процессе эксплуатации соприкасаются со слизистой оболочкой и могут вызвать ее повреждение.

Изделия однократного применения, предназначенные для осуществления таких манипуляций, выпускаются в стерильном виде предприятиями-изготовителями. Их повторное использование запрещается.

2.16. Стерилизацию изделий медицинского назначения осуществляют физическими (паровой, воздушный, инфракрасный) или химическими (применение растворов химических средств, газовый, плазменный) методами, используя для этого соответствующие стерилизующие агенты и типы оборудования. Выбор адекватного метода стерилизации зависит от особенностей стерилизуемых изделий. Стерилизацию осуществляют по режимам, указанным в инструкции по применению конкретного средства и в руководстве по эксплуатации стерилизатора конкретной модели.

Стерилизацию изделий проводят в централизованных стерилизационных, при их отсутствии этот этап обработки осуществляют в отделениях лечебных организаций.

2.17. Паровым методом стерилизуют общие хирургические и специальные инструменты, детали приборов, аппаратов из коррозионно-

стойких металлов, стекла, бельё, перевязочный материал, изделия из резин, латекса и отдельных видов пластмасс.

2.18. Воздушным методом стерилизуют хирургические, гинекологические, стоматологические инструменты, детали приборов и аппаратов, в т. ч. изготовленные из коррозионно-нестойких металлов, изделия из силиконовой резины. Перед стерилизацией воздушным методом изделия после предстерилизационной очистки обязательно высушивают в сушильном шкафу при температуре 85 °С до исчезновения видимой влаги. Использование сушильных шкафов (типа ШСС) для стерилизации воздушным методом запрещается.

2.19. Химический метод стерилизации с применением растворов химических средств, как правило, применяют для стерилизации изделий, в конструкции которых использованы термолабильные материалы, не позволяющие использовать другие официально рекомендуемые, доступные методы стерилизации.

Для химической стерилизации применяют растворы альдегидсодержащих, кислородсодержащих и некоторых хлорсодержащих средств, проявляющих спороцидное действием.

Во избежание разбавления рабочих растворов, особенно используемых многократно, погружаемые в них изделия должны быть сухими.

При стерилизации растворами химических средств все манипуляции проводят строго соблюдая правила асептики; используют стерильные емкости для стерилизации и отмывания изделий стерильной питьевой водой от остатков средства. Изделия промывают согласно рекомендациям, изложенным в инструкции по применению конкретного средства.

2.20. Газовым методом стерилизуют изделия из различных, в т. ч. термолабильных материалов, используя в качестве стерилизующих средств окись этилена, формальдегид, озон. Перед стерилизацией газовым методом с изделий после предстерилизационной очистки удаляют видимую влагу. Стерилизацию осуществляют в соответствии с режимами применения средств для стерилизации конкретных групп изделий, а также согласно инструкциям по эксплуатации стерилизаторов, разрешенных к применению.

2.21. Плазменным методом, используя стерилизующие средства на основе перекиси водорода в плазменных стерилизаторах, стерилизуют хирургические, эндоскопические инструменты, эндоскопы, оптические устройства и приспособления, волоконные световодные кабели, зонды и датчики, электропроводные шнуры и кабели и другие изделия из металлов, латекса, пластмасс, стекла и кремния.

2.22. В стоматологических медицинских организациях (кабинетах) допускается применять гласперленовые стерилизаторы, в которых сте-

рилизуют боры различного вида и другие мелкие инструменты при полном погружении их в среду нагретых стеклянных шариков. Не рекомендуется использовать данный метод для стерилизации рабочих частей более крупных стоматологических инструментов, которые невозможно полностью погрузить в среду нагретых стеклянных шариков.

2.23. Инфракрасным методом стерилизуют стоматологические и некоторые другие инструменты из металлов.

2.24. При паровом, воздушном, газовом и плазменном методах изделия стерилизуют в упакованном виде, используя бумажные, комбинированные и пластиковые стерилизационные упаковочные материалы, а также пергамент и бязь (в зависимости от метода стерилизации), разрешенные для этой цели в установленном порядке. Упаковочные материалы используют однократно.

При паровом методе, кроме того, используют стерилизационные коробки с фильтрами.

При воздушном и инфракрасном методах допускается стерилизация инструментов в неупакованном виде (в открытых лотках), после чего их сразу используют по назначению.

2.25. Хранение изделий, простерилизованных в упакованном виде, осуществляют в шкафах, рабочих столах. Сроки хранения указываются на упаковке и определяются видом упаковочного материала согласно инструкции по его применению.

2.26. Стерилизация изделий в неупакованном виде допускается только при децентрализованной системе обработки в следующих случаях:

• при стерилизации изделий медицинского назначения растворами химических средств;

• при стерилизации металлических инструментов термическими методами (гласперленовый, инфракрасный, воздушный, паровой) в портативных стерилизаторах.

Все изделия, простерилизованные в неупакованном виде, целесообразно сразу использовать по назначению. Запрещается перенос их из кабинета в кабинет.

2.27. При необходимости, инструменты, простерилизованные в неупакованном виде одним из термических методов, после окончания стерилизации допускается хранить в разрешенных к применению в установленном порядке бактерицидных (оснащенных ультрафиолетовыми лампами) камерах в течение срока, указанного в руководстве по эксплуатации оборудования, а в случае отсутствия таких камер – на стерильном столе не более 6 ч.

2.28. Изделия медицинского назначения, простерилизованные в стерилизационных коробках, допускается извлекать для использования

из стерилизационных коробок не более чем в течение 6 ч после их вскрытия.

2.29. Бактерицидные камеры, оснащенные ультрафиолетовыми лампами, допускается применять только с целью хранения инструментов для снижения риска их вторичной контаминации микроорганизмами в соответствии с инструкцией по эксплуатации. Категорически запрещается применять такое оборудование с целью дезинфекции или стерилизации изделий.

2.30. При стерилизации изделий в неупакованном виде воздушным методом не допускается хранение простерилизованных изделий в воздушном стерилизаторе и их использование на следующий день после стерилизации.

2.31. При стерилизации химическим методом с применением растворов химических средств отмытые стерильной водой простерилизованные изделия используют сразу по назначению или помещают на хранение в стерильную стерилизационную коробку с фильтром, выложенную стерильной простыней, на срок не более 3 суток.

2.32. Все манипуляции по накрытию стерильного стола проводят в стерильном халате, маске и перчатках, с использованием стерильных простыней. Обязательно делают отметку о дате и времени накрытия стерильного стола. Стерильный стол накрывают на 6 ч. Не использованные в течение этого срока материалы и инструменты со стерильного стола направляют на повторную стерилизацию.

2.33. Не допускается использование простерилизованных изделий медицинского назначения с истекшим сроком хранения после стерилизации.

2.34. Учет стерилизации изделий медицинского назначения ведут в журнале по учетной статистической форме.

2.35. Контроль стерилизации включает контроль работы стерилизаторов, проверку значений параметров режимов стерилизации и оценку ее эффективности.

Контроль работы стерилизаторов проводят в соответствии с действующими документами: физическим (с использованием контрольно-измерительных приборов), химическим (с использованием химических индикаторов) и бактериологическим (с использованием биологических индикаторов) методами. Параметры режимов стерилизации контролируют физическим и химическим методами.

Эффективность стерилизации оценивают на основании результатов бактериологических исследований при контроле стерильности изделий медицинского назначения.

2.36. Стерилизаторы подлежат бактериологическому контролю после их установки (ремонта), а также в ходе эксплуатации не реже двух раз в год в порядке производственного контроля.

2.37. Техническое обслуживание, гарантийный и текущий ремонты стерилизаторов осуществляют специалисты сервисных служб.

2.38. Контроль качества дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации изделий медицинского назначения проводят ответственные лица в рамках производственного контроля, а также органы, уполномоченные осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

3. Обеспечение проведения дезинфекционных и стерилизационных мероприятий

3.1. В целях защиты пациентов и персонала от внутрибольничной инфекции организуется и проводится производственный контроль соблюдения требований настоящих санитарных правил в лечебно-профилактических организациях при проведении дезинфекционных и стерилизационных мероприятий, работ и услуг.

3.2. Производственный контроль включает:

- наличие в организации официально изданных санитарно-эпидемиологических правил и нормативов;
- назначение лиц, ответственных за организацию и осуществление производственного контроля;
- организацию лабораторно-инструментальных исследований;
- контроль наличия в организации документов, подтверждающих безопасность и безвредность продукции, работ и услуг;
- визуальный контроль уполномоченными должностными лицами за выполнением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, соблюдением санитарно-эпидемиологических правил, разработкой и реализацией мер, направленных на устранение выявленных нарушений.

3.2.1. Производственный контроль проведения дезинфекционных и стерилизационных мероприятий осуществляется на основании соответствующего раздела плана производственного контроля ЛПО, включающего программу лабораторно-инструментального контроля. План производственного контроля разрабатывает лицо, ответственное за организацию и проведение производственного контроля, а утверждает руководитель лечебно-профилактической организации.

3.2.2. Лицо, ответственное за проведение производственного контроля, представляет отчет руководителю организации (индивидуальному предпринимателю) об исполнении плана для принятия соответствующих организационных мер.

3.2.3. Юридические лица и индивидуальные предприниматели являются ответственными за своевременность, полноту и достоверность осуществляемого производственного контроля.

3.3. Материально-техническое обеспечение дезинфекционных и стерилизационных мероприятий определяется санитарными требованиями к помещению и прилегающей к нему территории, профилем организации, видами и количеством проводимых медицинских манипуляций.

3.4. Критериями оценки качества проведения дезинфекционных и стерилизационных мероприятий в ЛПО являются:

- отрицательные результаты посевов проб со всех объектов внутрибольничной среды (в т. ч. контроль стерильности);
- показатели обсемененности воздуха, не превышающие установленные нормативы;
- отсутствие в помещениях ЛПО грызунов, подтвержденное с применением субъективной оценки и объективных методов обнаружения;
- отсутствие в помещениях ЛПО членистоногих, подтвержденное с применением субъективной оценки и объективных методов обнаружения.

III. Профилактика внутрибольничных инфекций в стационарах (отделениях) хирургического профиля

1. Организация мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций

1.1. Любое клинически выраженное заболевание микробного происхождения, которое поражает больного в результате его поступления в больницу или обращения за медицинской помощью вне зависимости от появления симптомов заболевания у пациента во время пребывания в стационаре или после его выписки, а также инфекционное заболевание сотрудника лечебной организации вследствие его инфицирования при работе в данной организации подлежит учету и регистрации как внутрибольничная инфекция.

1.2. В целях предупреждения возникновения и распространения внутрибольничных инфекций в лечебных организациях должны своевременно и в полном объеме проводиться предусмотренные данными санитарными правилами и иными актами Российской Федерации профилактические и санитарно-противоэпидемические мероприятия.

1.3. Ответственным за организацию и выполнение профилактических и санитарно-противоэпидемических мероприятий в лечебной организации является руководитель данной организации.

1.4. Организацию противоэпидемических и профилактических мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций осуществляет

врач-эпидемиолог (заместитель руководителя лечебной организации по эпидемиологической работе) и/или помощник врача-эпидемиолога, имеющие специальную подготовку (далее – врач-эпидемиолог). В случае отсутствия таких специалистов вопросы организации противоэпидемических и профилактических мероприятий возлагаются на одного из заместителей руководителя лечебной организации.

1.5. С целью контроля внутрибольничных инфекций в лечебной организации создается комиссия по профилактике ВБИ, полномочия которой распространяются на все подразделения и службы лечебной организации. В своей деятельности комиссия руководствуется положением, разработанным и утвержденным для каждой конкретной лечебной организации.

1.6. В состав комиссии входят: председатель – заместитель руководителя лечебной организации по эпидемиологической работе (при его отсутствии – один из заместителей руководителя лечебной организации по лечебной работе), врач-эпидемиолог и/или помощник врача-эпидемиолога, главная медицинская сестра, врач-хирург (заведующий одним из хирургических отделений), врач анестезиолог-реаниматолог (заведующий реанимационным отделением), врач-бактериолог (заведующий лабораторией), заведующий аптекой, врач-инфекционист, патологоанатом, другие специалисты. Заседания комиссии проводятся не реже одного раза в квартал.

1.7. Основными задачами комиссии являются: принятие решений по результатам эпидемиологического анализа, разработка программ и планов эпидемиологического надзора в лечебной организации, координация мероприятий с руководством лечебной организации; обеспечение взаимодействия всех служб стационара (отделения), а также взаимодействие с органами, уполномоченными осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

1.8. Инструктаж по проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий для медицинских работников проводит сотрудник лечебной организации (заместитель руководителя лечебной организации по эпидемиологической работе, врач-эпидемиолог и/или помощник врача-эпидемиолога, заведующий отделением, старшая медицинская сестра и другие) в зависимости от функциональных обязанностей, утвержденных в данной лечебной организации.

1.9. При поступлении на работу в стационары (отделения) хирургического профиля медицинские работники проходят предварительный медицинский осмотр врачей: терапевта, невролога, гинеколога, дерматовенеролога, отоларинголога, офтальмолога. В дальнейшем осмотр у тех же специалистов проводится 1 раз в год. Дополнительные медицинские осмотры проводятся по показаниям.

Медицинские работники проходят следующие обследования:

• рентгенологическое обследование на туберкулез – крупнокадровая флюорография грудной клетки (в дальнейшем – 1 раз в год);

• исследование крови на гепатит С (в дальнейшем – 1 раз в год);

• исследование крови на гепатит В не привитых (в дальнейшем – 1 раз в год); привитые обследуются через 5 лет, затем ежегодно при отсутствии ревакцинации;

• исследование крови на сифилис (в дальнейшем – по показаниям);

• исследование мазков на гонорею (в дальнейшем – по показаниям);

• исследование крови на ВИЧ-инфекцию (в дальнейшем – 1 раз в год).

Проводятся лабораторные исследования: общий анализ крови и общий анализ мочи, в дальнейшем 1 раз в год перед периодическим медицинским осмотром.

В зависимости от появившейся (выявленной) у медицинских работников патологии проводятся другие диагностические исследования.

1.10. К работе не допускаются лица с изменениями в легких туберкулезного характера, а также лица с гнойно-воспалительными заболеваниями.

1.11. Плановое обследование медицинского персонала хирургических стационаров (отделений) на носительство золотистого стафилококка не проводят. Обследование медицинского персонала на носительство условно-патогенных микроорганизмов проводят только по эпидемиологическим показаниям.

1.12. Персонал стационаров (отделений) хирургического профиля подлежит профилактической иммунизации против гепатита В в обязательном порядке при поступлении на работу в случае отсутствия данных о прививке. Один раз в 10 лет персоналу проводится прививка против дифтерии и столбняка. В связи с задачей ликвидации кори в стране проводится дополнительная иммунизация лиц до 35 лет, не болевших корью и не привитых живой коревой вакциной или привитых однократно. Иммунизация против других инфекционных заболеваний проводится в соответствии с национальным календарем прививок, а также по эпидемиологическим показаниям.

1.13. В хирургических стационарах (отделениях) должен быть налажен учет травм и чрезвычайных ситуаций (порезы, уколы, попадание крови на видимые слизистые, поврежденные кожные покровы и др.), связанных с профессиональной деятельностью персонала, с указанием проведенных профилактических мероприятий (экстренная профилактика).

1.14. Весь персонал должен проходить ежегодное диспансерное наблюдение для своевременного выявления заболеваний и проведения соответствующих лечебных мероприятий.

1.15. Результаты периодических осмотров, лечения, сведения о профилактических прививках заносятся в контрольную карту диспансерного наблюдения и доводятся до сведения лица, ответственного за организацию и проведение мероприятий по профилактике ВБИ.

2. Эпидемиологический надзор

2.1. Эпидемиологический надзор за ВБИ в хирургических стационарах (отделениях) предусматривает:

- выявление, учет и регистрацию ВБИ у пациентов на основе клинических, лабораторных, эпидемиологических и патолого-анатомических данных;
- анализ заболеваемости ВБИ у пациентов;
- выявление групп и факторов риска возникновения ВБИ среди пациентов;
- характеристику лечебно-диагностического процесса (данные о хирургических и других инвазивных манипуляциях);
- данные об антибиотикопрофилактике и терапии;
- микробиологический мониторинг за возбудителями ВБИ (данные видовой идентификации возбудителей ВБИ, выделенных от пациентов, персонала, из объектов внешней среды, определение чувствительности/резистентности выделенных штаммов к антимикробным средствам: антибиотикам, антисептикам, дезинфектантам и другим);
- выявление, учет и регистрацию ВБИ у медицинского персонала;
- анализ заболеваемости ВБИ среди медицинского персонала;
- оценку эффективности проводимых мер борьбы и профилактики.

2.2. Врач-эпидемиолог лечебной организации совместно с заведующими отделениями:

- организует контроль за выявлением ВБИ и оперативный (ежедневный) учет внутрибольничных инфекций;
- организует сбор ежедневной информации из всех функциональных подразделений (отделений) о случаях инфекционных заболеваний среди пациентов, расследует причины их возникновения и информирует руководство для принятия неотложных мер;
- разрабатывает и организует профилактические и противоэпидемические меры на основе результатов эпидемиологической диагностики;
- контролирует выполнение профилактических и противоэпидемических мероприятий, включая дезинфекционные и стерилизационные.

2.3. Учет и регистрация ВБИ осуществляются в установленном порядке.

2.4. Учету и регистрации подлежат заболевания и осложнения в соответствии с международной статистической классификацией болезней,

травм и состояний, влияющих на здоровье, 10-го пересмотра (далее – МКБ-10) (прилож. 13).

2.5. При хирургическом вмешательстве отмечаются следующие виды инфекций:

а) *поверхностная инфекция разреза* возникает не позднее 30 дней после операции и вовлекает только кожу и подкожные ткани в области разреза; у пациента имеется одно из перечисленного:

• гнойное отделяемое из поверхностного разреза;

• выделение микроорганизмов из жидкости или ткани, полученной асептически пункцией области поверхностного разреза или из мазка из раны при наличии микроскопических признаков гнойного воспаления;

• наличие не менее двух из следующих симптомов: боль или болезненность; ограниченная припухлость; краснота; местное повышение температуры.

Диагноз ставится хирургом или другим лечащим врачом (нагноение послеоперационной раны и др.);

б) *глубокая инфекция в области хирургического вмешательства* возникает не позднее 30 дней после операции при отсутствии имплантата или не позднее одного года при наличии имплантата в месте операции и вовлекает глубокие мягкие ткани (например, фасциальный и мышечный слой) в области разреза; у пациента имеется хотя бы одно из перечисленного:

• гнойное отделяемое из глубины разреза в месте данного хирургического вмешательства, но не из органа/полости;

• выделение микроорганизмов из жидкости или ткани, полученных асептически пункцией области глубокого разреза или из мазка из глубины раны при наличии микроскопических признаков гнойного воспаления;

• спонтанное расхождение краев раны или намеренное ее открытие хирургом, когда у пациента имеются следующие признаки и симптомы: лихорадка (> 37,5 °С), локализованная боль или болезненность;

• при непосредственном осмотре, во время повторной операции, при гистологическом или рентгенологическом исследовании обнаружен абсцесс или иные признаки инфекции в области глубокого разреза.

Диагноз ставится хирургом или другим лечащим врачом (абсцесс, флегмона и другие);

в) *инфекция полости/органа* возникает не позднее 30 дней после операции при отсутствии имплантата или не позднее одного года при наличии имплантата в месте операции, вовлекает любую часть организма (например, органа или полости), кроме области разреза, которая была вскрыта или подверглась манипуляциям в процессе операции; у пациента имеется одно из перечисленного:

• гнойное отделяемое из дренажа, установленного в органе/полости через специальный разрез;

• выделение микроорганизмов из жидкости или ткани, полученной асептически из органа/полости;

• лихорадочное состояние;

• при непосредственном осмотре, во время повторной операции, при гистологическом или рентгенологическом исследовании обнаружен абсцесс или иные признаки инфекции, вовлекающие орган/полость.

Диагноз ставится хирургом или другим лечащим врачом (перитонит, остеомиелит, пневмония, пиелонефрит, медиастенит, эндометрит и другие, возникшие после операции на соответствующем органе).

2.6. К внутрибольничным послеоперационным инфекциям относятся заболевания, возникающие в течение 30 дней после оперативного вмешательства, а при наличии имплантата в месте операции – до года.

2.7. Специалист, выявивший случай ВБИ, формулирует диагноз в соответствии с международной статистической классификацией болезней, травм и состояний, влияющих на здоровье, 10-го пересмотра, регистрирует в журнале учета инфекционных заболеваний и доводит информацию до врача-эпидемиолога лечебной организации или заместителя главного врача по противоэпидемическим вопросам в целях своевременного проведения противоэпидемических или профилактических мероприятий.

2.8. Информация о каждом пациенте с выявленной ВБИ предусматривает:

• дату рождения;

• отделение;

• дату поступления;

• перенесенную(ые) операцию(ии);

• дату(ы) операции(ий);

• время начала и окончания операции(ий);

• Ф.,И.,О. оперировавших хирургов;

• номер операционной;

• номер палаты;

• дату заболевания;

• дату регистрации (выявления) ВБИ;

• тип чистоты операции (класс раны);

• оценку тяжести состояния пациента;

• данные микробиологических исследований;

• диагноз в соответствии с МКБ-10;

• наличие инфекции иной локализации.

2.9. О каждом случае ВБИ у оперированных больных лечебная организация информирует органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор в установленном порядке.

2.10. Поскольку внутрибольничные инфекции развиваются и выявляются не только во время пребывания больного в стационаре, но и после выписки или перевода в другой стационар и характеризуются многообразием клинических проявлений, организация сбора информации осуществляется не только в стационарах, но и в других лечебных организациях. Все эти лечебные организации должны оперативно сообщать в органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор и в стационар, в котором проводилась операция, об установленном диагнозе ВБИ у оперированного пациента.

2.11. Врач-эпидемиолог лечебной организации совместно с заведующими структурными подразделениями проводит активное выявление ВБИ путем проспективного наблюдения, оперативного и ретроспективного анализа.

2.12. С целью корректного расчета показателей заболеваемости необходимо собирать информацию о всех прооперированных пациентах вне зависимости от наличия или отсутствия у них ВБИ в послеоперационном периоде. Минимальный набор данных о всех пациентах, подвергшихся оперативному вмешательству, определен в п. 2.8.

2.13. Общие требования к микробиологическому обеспечению эпидемиологического надзора:

• результаты микробиологических исследований необходимы для осуществления эффективного эпидемиологического надзора.

• при проведении клинических и санитарно-бактериологических исследований должны преобладать исследования по клиническим показаниям, направленные на расшифровку этиологии ВБИ и определение тактики лечения. Объем санитарно-бактериологических исследований определяется эпидемиологической необходимостью.

2.14. Возникновение или подозрение на ВБИ у пациента и персонала является показанием к проведению микробиологических исследований.

2.15. Забор материала следует проводить непосредственно из патологического очага до начала антибактериальной терапии, а также во время операции по поводу гнойных процессов.

2.16. Забор и транспортирование клинического материала на микробиологические исследования осуществляются в соответствии с техникой сбора и транспортирования биоматериалов в микробиологические лаборатории.

2.17. При вяло текущих гнойно-воспалительных ранах, свищевых ходах и другом целесообразно проводить обследования пациентов на актиномицеты, дрожжевые и плесневые грибы.

2.18. К клиническому образцу должно быть приложено направление, содержащее сведения: характер материала, фамилия, имя, отчество и возраст больного, название отделения, номер истории болезни, диагноз заболевания, дата и время взятия материала, данные о ранее проводимой антибактериальной терапии, подпись врача, направляющего материал на анализ.

2.19. Микробиологическая служба представляет лечащему врачу и эпидемиологу информацию для дальнейшего анализа:

- количество клинических образцов, направленных на исследование из каждого отделения;
- количество выделенных и идентифицированных микроорганизмов, включая грибы (отдельно по каждому из видов);
- количество выделенных микробных ассоциаций;
- количество микроорганизмов, тестированных на чувствительность к каждому из антибиотиков;
- чувствительность выделенных микроорганизмов к антибиотикам и другим антимикробным средствам.

2.20. Необходимо обращать особое внимание на метициллин (оксациллин) резистентные стафилококки, ванкомицинрезистентные энтерококки, микроорганизмы с множественной лекарственной устойчивостью для проведения целенаправленных лечебных, профилактических и противоэпидемических мероприятий.

2.21. При расследовании вспышек для успешного выявления источников инфекции, путей и факторов передачи проводят внутривидовое типирование микроорганизмов, выделенных от больных, медицинского персонала, объектов окружающей среды.

2.22. Лабораторное исследование объектов окружающей среды в лечебной организации 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.

2.23. Плановые микробиологические обследования объектов окружающей среды, кроме тех, которые предусмотрены п.п. 2.21, 2.22, не проводятся.

2.24. Эпидемиологический анализ заболеваемости предусматривает изучение уровня, структуры, динамики заболеваемости ВБИ для оценки

эпидемиологической ситуации в стационаре (отделении) хирургического профиля и разработку комплекса профилактических и противоэпидемических мероприятий.

2.25. Оперативный и ретроспективный анализ предусматривает изучение заболеваемости ВБИ по локализации патологического процесса, этиологии и срокам развития ВБИ.

2.26. Оперативный (текущий) анализ заболеваемости ВБИ проводят на основании данных ежедневного учета по первичным диагнозам.

2.27. В ходе оперативного анализа заболеваемости проводится оценка текущей эпидемиологической обстановки и решается вопрос о благополучии или осложнении в эпидемиологическом плане, адекватности проводимых мер или необходимости их коррекции.

2.28. Анализ заболеваемости ВБИ проводится с учетом:

- сроков возникновения заболевания после операции;
- места проведения операции (номер операционной);
- длительности операции;
- времени, прошедшего с момента поступления до операции;
- продолжительности пребывания в стационаре;
- профилактического применения антибиотиков;
- типа чистоты операции (класса раны);
- оценки тяжести состояния пациента.

2.29. Групповыми заболеваниями следует считать появление 5 и более случаев внутрибольничных заболеваний, связанных одним источником инфекции и общими факторами передачи. О возникновении групповых заболеваний лечебная организация, в соответствии с установленным порядком представления внеочередных донесений о чрезвычайных ситуациях санитарно-эпидемиологического характера, сообщает в органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

2.30. Ретроспективный анализ заболеваемости ВБИ предусматривает:

- анализ многолетней динамики заболеваемости с определением тенденции (рост, снижение, стабилизация) и темпов роста или снижения;
- анализ годового, помесячного уровней заболеваемости;
- сравнительную характеристику заболеваемости по отделениям;
- изучение структуры заболеваемости по локализации патологического процесса и этиологии;
- анализ оперативных вмешательств;
- распределение заболеваемости по срокам клинических проявлений (во время пребывания в стационаре и после выписки);

• анализ данных о формировании госпитальных штаммов;

• определение удельного веса вспышечной заболеваемости в общей структуре ВБИ;

• анализ летальности (по локализации патологического процесса и этиологии), уровень летальности и удельный вес умерших от ВБИ.

2.31. Ретроспективный анализ заболеваемости ВБИ у пациентов выявляет фоновый уровень заболеваемости, основные источники инфекции, ведущие факторы передачи и является основой для разработки профилактических и противоэпидемических мероприятий, адекватных конкретной эпидемиологической обстановке в данном стационаре (отделении).

2.32. Для корректного сравнения показателей частоты послеоперационных инфекционных заболеваний их расчет проводится с учетом основных факторов риска: типа операции, длительности операции, тяжести состояния пациента. Не рекомендуется сравнение абсолютного количества ВБИ, а также интенсивных показателей, рассчитанных на 100 операций без учета факторов риска.

2.33. Ретроспективный анализ заболеваемости медицинского персонала позволяет определить круг источников инфекции и провести мероприятия, направленные на ограничение их роли в заносе в лечебную организацию и распространении ВБИ.

2.34. В зависимости от степени контаминации раны во время операции выделяют:

• чистые раны (неинфицированные операционные раны без признаков воспаления);

• условно чистые раны (операционные раны, проникающие в дыхательные пути, пищеварительный тракт, половые или мочевыводящие пути при отсутствии необычного заражения);

• загрязненные (контаминированные) раны (операционные раны со значительным нарушением техники стерильности или со значительной утечкой содержимого из желудочно-кишечного тракта);

• грязные (инфицированные) раны (операционные раны, в которых микроорганизмы, вызвавшие послеоперационную инфекцию, присутствовали в операционном плане до начала операции).

2.35. Риск развития ВБИ для чистых ран составляет 1—5 %, для условно чистых – 3—11 %, для загрязненных – 10—17 % и для грязных – более 25—27 %.

2.36. Помимо интенсивных показателей заболеваемости рассчитывают показатели, позволяющие определить действие ряда факторов риска (стратифицированные показатели), – частоту инфекций:

• нижних дыхательных путей на 1 000 пациенто-дней искусственной вентиляции легких и структуру их (у пациентов, подвергавшихся искусственной вентиляции легких (ИВЛ);

• кровотока на 1 000 пациенто-дней сосудистых катетеризаций и структуру их (у пациентов, подвергавшихся катетеризации сосудов);

• мочевыводящих путей на 1 000 пациенто-дней уринарных катетеризаций и структуру их (у пациентов, подвергавшихся катетеризации мочевого пузыря).

3. Основные принципы профилактики внутрибольничных инфекций

3.1. Перед проведением плановых операций необходимо обеспечить выявление и санацию очагов имеющейся у пациента хронической инфекции на догоспитальном уровне.

3.2. Обеспечить коррекцию клинических показателей у пациентов в предоперационном периоде.

3.3. Следует максимально сокращать сроки пребывания пациента в стационаре (отделении) в период предоперационной подготовки.

3.4. При поступлении пациента на операцию, выполняемую в плановом порядке, предварительное обследование проводится в амбулаторно-поликлинических условиях с проведением хирургического вмешательства в стационаре (отделении) без повторного обследования. Каждый лишний день пребывания в стационаре увеличивает риск присоединения ВБИ.

3.5. Сроки выписки пациентов из хирургического стационара (отделения) определяются состоянием здоровья. С эпидемиологических позиций оправдана ранняя выписка пациентов.

3.6. Разрешается посещение пациентов родственниками, знакомыми. Порядок посещения отделения устанавливается администрацией лечебной организации.

3.7. Для пациентов, состояние которых не требует круглосуточного наблюдения и лечения, организуются отделения дневного пребывания больных (далее – ОДПБ). Первичный прием (оформление) в ОДПБ осуществляется в приемно-смотровом отделении, где после осмотра врачом заполняется история болезни.

3.8. В ОДПБ соблюдается санитарно-противоэпидемический режим в соответствии с установленным порядком для стационаров (отделений) хирургического профиля.

3.9. Персонал должен соблюдать меры эпидемиологической предосторожности при работе с любым пациентом.

3.10. Независимо от использования перчаток, до и после контакта с пациентом, после снятия перчаток и каждый раз после контакта с кро-

вью, биологическими жидкостями, секретами, выделениями или потенциально контаминированными предметами и оборудованием, проводится гигиеническая обработка рук.

3.11. Персонал проводит гигиеническую обработку рук или обработку рук хирургов в соответствии с правилами, изложенными в главе I.

3.12. При проведении манипуляций/операций, сопровождающихся образованием брызг крови, секретов, экскретов, персонал надевает маску, приспособления для защиты глаз (очки, щитки). При загрязнении любых средств индивидуальной защиты проводится их замена. Предпочтение отдается средствам защиты однократного применения.

3.13. Запрещается надевание колпачков на использованные иглы. После использования шприцы с иглами сбрасываются в непрокалываемые контейнеры. В случае необходимости отделения игл от шприцев необходимо предусмотреть их безопасное отсечение (специальные настольные контейнеры с иглоотсекателями или другими безопасными приспособлениями, прошедшими регистрацию в установленном порядке).

3.14. Острые предметы сбрасывают в непрокалываемые контейнеры.

3.15. Любой пациент рассматривается как потенциальный источник инфекции, представляющий эпидемиологическую опасность для медицинского персонала.

3.16. Пациентов с хирургической инфекцией изолируют в отделение гнойной хирургии, а при его отсутствии – в отдельную палату.

3.17. Перевязки пациентов, имеющих гнойное отделяемое, проводят в отдельной перевязочной или, при ее отсутствии, после перевязки пациентов, не имеющих гнойного отделяемого. Осмотр пациентов проводят в перчатках и одноразовых фартуках.

3.18. Персонал обрабатывает руки спиртосодержащим кожным антисептиком не только до осмотра и перевязки инфицированных пациентов, но и после.

3.19. Пациенты с острым инфекционным заболеванием подлежат госпитализации в специализированный стационар (отделение); по жизненным показаниям из-за оперативного вмешательства – изоляции в отдельную палату.

3.20. Все инвазивные диагностические и лечебные манипуляции проводятся в перчатках. Перчатки необходимы также при контакте со слизистыми оболочками пациентов и использованными инструментами.

3.21. Пациенты с инфекцией любой локализации, независимо от срока ее возникновения, вызванной метициллин (оксациллин) резистентным золотистым стафилококком, ванкомицинрезистентным энтерококком, подлежат изоляции в отдельные палаты:

• при входе в палату персонал надевает маску, спецодежду, перчатки и снимает их при выходе;

• предметы ухода, а также стетоскоп, термометр и другое используются только для данного пациента;

• перевязка пациентов проводится в палате;

• при входе и выходе из палаты персонал обрабатывает руки спиртосодержащим кожным антисептиком;

• после выписки пациента проводится заключительная дезинфекция, камерное обеззараживание постельных принадлежностей, ультрафиолетовое обеззараживание воздуха;

• после заключительной дезинфекции проводится лабораторное обследование объектов окружающей среды (в палате).

3.22. При необходимости персонал принимает дополнительные меры предосторожности, соответствующие эпидемиологическим особенностям конкретной инфекции, и организует весь комплекс противоэпидемических мероприятий.

3.23. Медицинский персонал, имеющий поражения кожи, отстраняется от работы и направляется на обследование и лечение.

3.24. Медицинский персонал проводит обработку рук в соответствии с требованиями, изложенными в главе I.

3.25. При нарушении целости перчаток и загрязнении рук кровью, выделениями и др.:

• снять перчатки;

• вымыть руки мылом и водой;

• тщательно высушить руки полотенцем однократного использования;

• обработать кожным антисептиком дважды.

3.26. Перчатки необходимо надевать во всех случаях, когда возможен контакт со слизистыми оболочками, поврежденной кожей, с кровью или другими биологическими субстратами, потенциально или явно контаминированными микроорганизмами.

3.27. При обработке операционного поля пациента перед хирургическим вмешательством и другими манипуляциями, связанными с нарушением целости кожных покровов и слизистых оболочек (пункции различных полостей, биопсии), предпочтение следует отдавать спиртосодержащим кожным антисептикам с красителем.

3.28. Не следует удалять волосы перед операцией, если только волосы возле или вокруг операционного поля не будут мешать её проведению. Если их необходимо удалять, то следует делать это непосредственно перед операцией, используя депиляторы (кремы, гели) или другие методы, не травмирующие кожные покровы.

3.29. Перед обработкой антисептиком кожи операционного поля следует тщательно вымыть и очистить ее и прилегающие области для устранения явных загрязнений.

3.30. Обработку операционного поля проводят путем протирания отдельными стерильными марлевыми салфетками, смоченными кожным антисептиком, в течение времени обеззараживания, рекомендованного методическими указаниями/инструкциями по применению конкретного средства.

3.31. Кожный антисептик при обработке неповрежденной кожи перед операцией следует наносить концентрическими кругами от центра к периферии, а при наличии гнойной раны – от периферии к центру. Подготовленная область должна быть достаточно велика, чтобы в случае необходимости продолжить разрез или сделать новые разрезы для установки дренажей.

3.32. Для изоляции кожи операционного поля применяют стерильные простыни, полотенца, салфетки. Может также использоваться специальная разрезаемая хирургическая пленка с антимикробным покрытием, через которую делают разрез кожи.

3.33. Обработка инъекционного поля предусматривает обеззараживание кожи с помощью спиртосодержащего кожного антисептика в месте инъекций (подкожных, внутримышечных, внутривенных и других) и взятия крови.

3.34. Обработку инъекционного поля проводят последовательно, двукратно, стерильной салфеткой, смоченной кожным антисептиком. Время обеззараживания должно соответствовать рекомендациям, изложенным в методических указаниях/инструкции по применению конкретного средства.

3.35. Для обработки локтевых сгибов доноров используют те же кожные антисептики, что и для обработки операционного поля. Кожу локтевого сгиба протирают двукратно раздельными стерильными салфетками, смоченными кожным антисептиком, и оставляют на необходимое время.

3.36. Для санитарной (общей или частичной) обработки кожных покровов используют антисептики, не содержащие спирты, обладающие дезинфицирующими и моющими свойствами. Санитарную обработку проводят накануне оперативного вмешательства или при уходе за пациентом в соответствии с действующими документами по обеззараживанию кожных покровов.

3.37. Профилактическое назначение антибиотиков (антибиотикопрофилактика) является одним из наиболее эффективных мероприятий по предупреждению инфекционных осложнений после хирургических вмешательств.

3.38. При проведении антибиотикопрофилактики необходимо учитывать как пользу, так и возможный риск, исходя прежде всего:

• из оценки риска возникновения инфекционных осложнений;

• из эффективности применения антибиотикопрофилактики при данной операции;

• из возможных неблагоприятных последствий применения антибиотиков.

3.39. При выборе антибиотиков следует отдавать предпочтение препаратам, активным в отношении ожидаемых (наиболее вероятных) при определенных операциях возбудителей инфекционных осложнений.

3.40. Антибиотики для профилактики ВБИ в большинстве случаев следует применять в тех же дозах, что и для лечения (ближе к верхней границе допустимой дозы).

3.41. Следует рекомендовать внутривенное введение антибиотиков. Другие способы (внутримышечное введение, местное применение – в рану) уступают по своей эффективности. Оральное применение антибиотиков допустимо, однако недостаточно эффективно.

3.42. Антибиотики для профилактики ВБИ следует вводить до (в крайнем случае, во время) операции; с учетом периода полувыведения для большинства препаратов, рекомендуемых для профилактики ВБИ, – не ранее 2 ч до операции, в идеале – за 15—20 мин до разреза.

3.43. Целесообразно вводить антибиотик одновременно с началом анестезии.

3.44. В большинстве случаев для эффективной профилактики достаточно одной дозы антибиотика. Дополнительные дозы могут быть оправданы при массивной кровопотере (более 1 000 мл во время операции) и в случае применения антибиотиков с коротким периодом полувыведения при продолжительных (более 3 ч) операциях.

4. Профилактика внутрибольничных инфекций в операционном блоке и перевязочных

4.1. Территория операционного блока разделяется на три функциональные зоны: неограниченная, полусвободная, ограниченная:

• неограниченная зона состоит из служебных помещений, помещений для сбора, дезинфекции, временного хранения отходов классов А и Б, использованного белья, а также технических помещений;

• полусвободная зона состоит из помещений санпропускника, помещения для хранения аппаратуры, инструментария, расходных материалов, белья;

• ограниченная зона состоит из операционных залов, предоперационных, стерилизационной, комнат для наркоза. Предпочтительнее предстерилизационную обработку и стерилизацию проводить в централизованном стерилизационном отделении (далее – ЦСО).

4.2. Все двери операционной должны оставаться закрытыми за исключением тех случаев, когда есть необходимость перемещения обору-

дования, персонала или больного. Число персонала, которому разрешено входить в операционную, особенно после начала операции, должно быть сведено к минимуму.

4.3. Операционный блок оборудуют вентиляционными установками с преобладанием притока воздуха над вытяжкой.

4.4. При подготовке стерильных столов необходимо соблюдать меры асептики:

• стол предварительно дезинфицируют способом протирания одним из средств, рекомендованных для дезинфекции поверхностей в помещениях;

• простыни, используемые для подготовки стерильных столов, перед стерилизацией проверяют на целость материала. При наличии повреждений их следует заменить. Альтернативой является использование стерильного одноразового хирургического белья или стерильных одноразовых специальных комплектов.

4.5. Перед извлечением простерилизованных материалов и инструментов (до вскрытия стерилизационных коробок/упаковок):

• визуально оценивают плотность закрытия крышки стерилизационной коробки или целость стерилизационной упаковки однократного применения;

• проверяют цвет индикаторных меток химических индикаторов, в т. ч. на стерилизационных упаковочных материалах;

• проверяют дату стерилизации;

• на бирке бикса, упаковочном пакете ставят дату, время вскрытия и подпись вскрывавшего.

4.6. Перед подготовкой стерильных столов операционная сестра обрабатывает руки спиртосодержащим кожным антисептиком по технологии обработки рук хирургов, надевает стерильные халат и перчатки (без шапочки и маски вход в операционную запрещен).

4.7. При подготовке большого инструментального стола две стерильные простыни, каждая из которых сложена вдвое, раскладывают на левую и правую половины стола местами сгиба – к стене. Простыни располагают «внахлест» таким образом, чтобы по центру стола края одной простыни заходили на другую простыню не менее чем на 10 см, а края простыней со всех сторон стола свисали примерно на 15 см. Поверх этих простыней выстилают третью простыню в развернутом виде так, чтобы её края свисали не менее чем на 25 см. Стол с разложенными на нем инструментами сверху накрывают стерильной простыней, сложенной вдвое по длине простынного полотна, или двумя простынями в развернутом виде.

4.8. Большой инструментальный стол накрывают один раз в день непосредственно перед первой операцией. Во время работы инструменты и материалы с большого инструментального стола разрешается брать только в стерильных перчатках с помощью стерильного корнцанга/пинцета. После проведенной операции на большой инструментальный стол дополнительно, пополняя из стерильной укладки, выкладывают инструменты и материалы, необходимые для следующей операции.

4.9. При подготовке малого инструментального рабочего стола его накрывают стерильной простыней, сложенной вдвое, а затем стерильной пеленкой в развернутом виде, края которой должны равномерно свисать со всех сторон стола. Выкладывают стерильные инструменты и материалы и сверху накрывают их стерильной пеленкой, сложенной вдвое. Альтернативой является использование простыни-чехла однократного применения из нетканого, воздухопроницаемого материала, устойчивого к проникновению жидкостей.

4.10. Малый инструментальный рабочий стол после каждой операции накрывают заново для следующей операции.

4.11. Альтернативой стерильных столов являются индивидуальные укладки на каждую операцию, включая стандартный набор инструментов и отдельно упакованные инструменты.

4.12. Члены операционной бригады входят на территорию операционного блока через санпропускник, где принимают душ и меняют одежду на операционные костюмы и шапочки.

4.13. Члены операционной бригады перед входом в ограниченную зону надевают маски (предпочтительно однократного применения), закрывающие нос, рот и область подбородка, и проходят в предоперационную, где проводят обработку рук хирургов по технологии, указанной в главе I настоящих санитарных правил. После этого члены операционной бригады надевают стерильные халат и перчатки с помощью медицинской сестры. Перчатки надевают после надевания стерильного халата.

4.14. Хирургические халаты, используемые в оперблоке, должны быть воздухопроницаемы и устойчивы к проникновению влаги.

4.15. При нарушении целости перчаток во время операции их необходимо немедленно заменить, а руки обработать спиртосодержащим кожным антисептиком.

4.16. При возникновении «аварийной ситуации» во время операции (нарушение целости кожных покровов рук членов операционной бригады) немедленно должны быть проведены мероприятия по экстренной профилактике гепатита В и ВИЧ-инфекции.

4.17. Для проведения операций с высоким риском нарушения целости перчаток следует надевать 2 пары перчаток или перчатки повышенной прочности.

4.18. При подготовке к работе перевязочной до начала работы проводится влажная уборка помещения перевязочной с обработкой всех поверхностей дезинфектантом.

4.19. Для уборки перевязочной используют специально выделенный халат, перчатки, маску и шапочку, промаркированный инвентарь, салфетки, емкость.

4.20. После проведения уборки перевязочной медицинский персонал снимает спецодежду, моет руки с мылом и проводит их гигиеническую обработку.

4.21. В структуре хирургического отделения с коечным фондом на 30 и более пациентов необходимо иметь две перевязочные – для проведения «чистых» и «грязных» перевязок. В хирургическом отделении, имеющем до 30 коек, допускается наличие одной перевязочной. Очередность перевязок планируется с учетом чистоты раны.

4.22. Перевязочная должна быть обеспечена необходимым количеством стерильных инструментов и расходного материала. Наборы для проведения перевязок должны быть индивидуальными.

4.23. Стерильный перевязочный стол накрывается медицинской сестрой на каждую перевязку.

4.24. Перевязочный стол для пациента (кушетка) дезинфицируют способом протирания и накрывают чистой простыней (пеленкой) перед каждой новой перевязкой.

4.25. Медицинская сестра и врач должны работать в халате (при необходимости – и в фартуке), перчатках, шапочке, маске. Предпочтительны халаты однократного применения.

4.26. Снятие повязки проводится перевязочной сестрой в чистых (нестерильных) перчатках.

4.27. Лечащий врач (оперирующий хирург) проводит перевязку в стерильных перчатках, которые меняет при каждой перевязке.

4.28. Все предметы со стерильного перевязочного стола берутся стерильным корнцангом (пинцетом).

4.29. По окончании перевязки отработанный материал, использованные перчатки, халаты сбрасывают в емкость для сбора отходов класса Б, и в дальнейшем подвергают дезинфекции и утилизации.

4.30. Инструменты многократного применения после перевязки дезинфицируют способом погружения в дезинфицирующий раствор, затем подвергают предстерилизационной очистке и стерилизации (в ЦСО – при его наличии в лечебной организации).

4.31. В конце рабочего дня проводят уборку перевязочной с последующим обеззараживанием воздуха. Один раз в неделю проводят генеральную уборку в перевязочной, о чем делают запись в журнале регистрации уборок.

5. Профилактика внутрибольничных инфекций в отделениях реанимации и интенсивной терапии

5.1. Необходимо выделение отдельных помещений и закрепление среднего медицинского персонала для ухода за пациентами, требующими длительного реанимационного пособия (реанимационный зал), и для ухода за пациентами, поступающими в отделение для выхода из наркоза и кратковременного наблюдения в послеоперационном периоде (палаты).

5.2. Персонал реанимационного отделения обеспечивается специальной одеждой (комплект из блузы и брюк, шапочки, тапочек, халата) с ежедневной сменой комплектов.

5.3. При входе и выходе из реанимационной палаты персонал обрабатывает руки кожным антисептиком.

5.4. После выписки больного из отделения прикроватная тумбочка, кровать обрабатываются дезинфицирующим раствором. Постельные принадлежности (матрас, подушка, одеяло) обязательно подвергают камерной дезинфекции. При наличии на матрасах непроницаемых для влаги чехлов, их протирают растворами дезинфектантов.

5.5. Перед поступлением больного кровать заправляют чистым комплектом постельных принадлежностей (матрас, простыня, подушка, наволочка, одеяло, пододеяльник). Смена постельного белья проводится ежедневно, а также при его загрязнении.

5.6. Постановку сосудистых катетеров и уход за ними должен проводить специально обученный персонал (врачи).

5.7. Для постановки центральных венозных и артериальных катетеров используют стерильное оснащение, включая стерильную одежду и перчатки, маску и большие стерильные салфетки.

5.8. Место ввода катетера обрабатывают кожным антисептиком до постановки катетера.

5.9. После того как кожа была очищена кожным антисептиком место постановки катетера не пальпируют.

5.10. В истории болезни записывают место и дату постановки катетера и дату его удаления.

5.11. Перед любой манипуляцией с катетером персонал обрабатывает руки кожным антисептиком и надевает стерильные перчатки.

5.12. Для закрытия места ввода катетера используют специальные стерильные повязки или прозрачную повязку.

5.13. Необходимо ежедневно пальпировать через неповрежденную повязку место постановки катетера для определения болезненности. В случае болезненности, лихорадки неясного генеза, бактериемии необходимо осматривать место катетеризации. Если повязка мешает осмотру и

пальпации места катетеризации, ее удаляют и после осмотра накладывают новую.

5.14. При появлении первых признаков инфекции катетер удаляется и направляется на бактериологическое исследование.

5.15. Резиновые пробки многодозовых флаконов обтирают 70 %-м раствором спирта перед введением иглы во флакон.

5.16. Все парентеральные растворы готовятся в аптеке в шкафу с ламинарным потоком воздуха, использованием асептической технологии.

5.17. Перед использованием флаконы с парентеральными растворами визуально проверяют на мутность, наличие частиц, трещины и срок годности.

5.18. Перед каждым доступом в систему персонал обрабатывает руки и место доступа кожным спиртовым антисептиком.

5.19. Для введения растворов через катетер используют только стерильные одноразовые шприцы.

5.20. Назначение катетеризации мочевого пузыря должно проводиться только по строгим клиническим показаниям.

5.21. Следует использовать только стерильные катетеры.

5.22. Перед постановкой катетера тщательно обрабатывают антисептиком периуретральную область.

5.23. Катетеризацию проводят только в стерильных перчатках.

5.24. Необходимо закрепить катетер для ограничения его подвижности в уретре.

5.25. Для сбора мочи следует применять закрытые дренажные системы.

5.26. При отсутствии закрытых дренажных систем применяется прерывистая катетеризация.

5.27. Для предотвращения нарушения целости дренажной системы используют дренажные системы со специальным выходом для взятия анализов; при их отсутствии мочу берут стерильным шприцем, не отсоединяя сумки; промывают катетер с соблюдением принципа асептики в случаях удаления сгустков крови; не проводят рутинного промывания мочевого пузыря.

5.28. Для опорожнения мочеприемника у каждого пациента необходимо использовать индивидуальные контейнеры.

5.29. Замену катетера проводят только по строгим показаниям (например, обструкция катетера).

5.30. Для снижения риска контаминации мочеприемника и предупреждения рефлюкса мочи емкость для сбора мочи должна находиться выше уровня пола, но ниже уровня кровати пациента.

5.31. Удаление катетеров должно проводиться в максимально короткие сроки.

5.32. При использовании дыхательной аппаратуры следует удалять эндотрахеальные, трахеостомические и/или энтеральные (назо-, оро-, гастральные, интестинальные) трубки немедленно по устранении клинических показаний.

5.33. Следует обеспечивать постоянное удаление секрета из надманжеточного пространства.

5.34. Для профилактики орофарингеальной колонизации следует проводить адекватный туалет ротоглотки.

5.35. Если возможно загрязнение респираторными секретами от пациента следует надевать халат, который необходимо сменить при переходе к другому пациенту.

5.36. Замену трахеостомической трубки следует выполнять в асептических условиях, трахеостомические трубки необходимо подвергать стерилизации.

5.37. При выполнении санации трахеобронхиального дерева следует надевать одноразовые перчатки.

5.38. При использовании открытых систем для аспирации секретов дыхательных путей следует применять стерильные отсосные катетеры однократного применения.

5.39. Следует использовать стерильные расходные материалы, соприкасающиеся с дыхательными путями больного (эндотрахеальные трубки, трахеостомические канюли, катетеры для аспирации секрета трахеобронхиального дерева).

5.40. Не следует без особых показаний (явное загрязнение, нарушение функционирования и т. п.) проводить замену дыхательного контура, исходя только из продолжительности его применения, при использовании контура у того же самого пациента.

5.41. Следует своевременно удалять любой конденсат в контуре.

6. Дезинфекционные и стерилизационные мероприятия

6.1. В целях профилактики и борьбы с ВБИ систематически осуществляется профилактическая дезинфекция (текущие и генеральные уборки), а при появлении случая ВБИ – текущая (дезинфекция всех предметов, имеющих контакт с заболевшим пациентом) и/или заключительная (обеззараживание всех предметов в палате после перевода пациента в другое отделение, выздоровления и др.) дезинфекция. Дезинфекционные и стерилизационные мероприятия проводятся в соответствии с требованиями глав I и II.

6.2. В целях предупреждения возможного формирования резистентных к дезинфектантам штаммов микроорганизмов следует проводить мониторинг устойчивости госпитальных штаммов к применяемым дезинфицирующим средствам с последующей их ротацией при необходимости.

6.3. Дезинфекции подлежат объекты, которые могут быть факторами передачи ВБИ: изделия медицинского назначения, руки персонала, кожные покровы (операционное и инъекционное поле) пациентов, предметы ухода за больными, воздух в помещениях, постельные принадлежности, тумбочки, посуда, поверхности, выделения больных и биологические жидкости (мокрота, кровь и др.), медицинские отходы и другие.

6.4. Подготовка к применению и обработка использованных изделий медицинского назначения проводятся в соответствии с требованиями глав I, II настоящих правил.

6.5. В лечебной организации должен использоваться шовный материал, выпускаемый в стерильном виде.

Категорически запрещено обрабатывать и хранить шовный материал в этиловом спирте, поскольку последний не является стерилизующим средством и может содержать жизнеспособные, в частности, спорообразующие микроорганизмы, что может привести к инфицированию шовного материала.

6.6. При подготовке к использованию наркозно-дыхательной аппаратуры с целью предотвращения перекрестного инфицирования пациентов через наркозно-дыхательную аппаратуру используют специальные бактериальные фильтры, предназначенные для оснащения указанной аппаратуры. Установку и замену фильтров осуществляют в соответствии с инструкцией по применению конкретного фильтра. Для заполнения резервуаров увлажнителей следует использовать стерильную дистиллированную воду. Рекомендуется использование тепловлагообменников. Съемные детали аппаратов дезинфицируют так же, как изделия медицинского назначения из соответствующих материалов.

6.7. Профилактическая (текущие и генеральные уборки) дезинфекция в помещениях различных структурных подразделений хирургического стационара осуществляется в соответствии с главой I настоящих правил. Виды уборок и кратность их проведения определяются назначением подразделения.

6.8. При проведении текущих уборок с применением растворов ДС (профилактическая дезинфекция при отсутствии ВБИ или текущая дезинфекции при наличии ВБИ) поверхности в помещениях, приборов,

оборудования и другого дезинфицируют способом протирания. Для этого целесообразно использовать дезинфицирующие средства с моющими свойствами, что позволяет объединить обеззараживание объекта с его мойкой. При необходимости экстренной обработки небольших по площади или труднодоступных поверхностей возможно применение готовых форм ДС, например, на основе спиртов с коротким временем обеззараживания (способом орошения с помощью ручных распылителей), или способом протирания растворами ДС, или готовыми к применению дезинфицирующими салфетками.

6.9. Текущие уборки в помещениях проводят по режимам, обеспечивающим гибель бактериальной микрофлоры; при появлении в стационаре ВБИ – по режиму, эффективному в отношении возбудителя соответствующей инфекции. При дезинфекции объектов, загрязненных кровью и другими биологическими субстратами, представляющими опасность в распространении парентеральных вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции, следует применять дезинфицирующие средства по противовирусному режиму.

6.10. Генеральные уборки в операционных блоках, перевязочных, процедурных, манипуляционных, стерилизационных проводят дезинфицирующими средствами с широким спектром антимикробного действия по режимам, обеспечивающим гибель бактерий, вирусов и грибов.

6.11. Генеральные уборки в палатных отделениях, врачебных кабинетах, административно-хозяйственных помещениях, отделениях и кабинетах физиотерапии и функциональной диагностики и других проводят дезинфицирующими средствами по режимам, рекомендованным для профилактики и борьбы с бактериальными инфекциями.

6.12. При использовании дезинфектантов в присутствии пациентов (профилактическая и текущая дезинфекция) запрещается обеззараживание поверхностей растворами ДС способом орошения, а также применение способом протирания ДС, обладающих раздражающим действием, сенсибилизирующими свойствами.

6.13. Заключительную дезинфекцию проводят в отсутствие пациентов, при этом персонал, выполняющий обработку, должен использовать средства индивидуальной защиты (респиратор, перчатки, фартук), а также промаркированный уборочный инвентарь и чистые тканевые салфетки.

6.14. При проведении заключительной дезинфекции следует применять средства с широким спектром антимикробного действия. Обработку поверхностей осуществляют способом орошения с помощью гид-

ропульта и других распыливающих устройств (установок). Норма расхода ДС составляет в среднем от 100 до 300 мл на 1 м^2.

6.15. Воздух в помещениях стационаров (отделений) хирургического профиля следует обеззараживать с помощью разрешенных для этой цели оборудования и/или химических средств, применяя следующие технологии:

• воздействие ультрафиолетовым излучением с помощью открытых и комбинированных бактерицидных облучателей, применяемых в отсутствии людей, и закрытых облучателей, в т. ч. рециркуляторов, позволяющих проводить обеззараживание воздуха в присутствии людей; необходимое число облучателей для каждого кабинета определяется расчетным путем согласно действующим нормативам;

• воздействие аэрозолями дезинфицирующих средств в отсутствии людей с помощью специальной распыляющей аппаратуры (генераторы аэрозолей) при проведении дезинфекции по типу заключительной и при проведении генеральных уборок;

• воздействие озоном с помощью установок – генераторов озона в отсутствии людей при проведении дезинфекции по типу заключительной и при проведении генеральных уборок;

• применение антимикробных фильтров.

Технология обработки и режимы обеззараживания воздуха изложены в действующих нормативных документах, а также в инструкциях по применению конкретных ДС и руководствах по эксплуатации конкретного оборудования, предназначенного для обеззараживания воздуха в помещениях.

6.16. Предметы ухода за пациентами (подкладные клеенки, фартуки, чехлы матрасов из полимерной пленки и клеенки) дезинфицируют способом протирания тканевой салфеткой, смоченной раствором ДС; кислородные маски, рожки от кислородной подушки, шланги электро/вакуум отсосов, судна, мочеприемники, тазики эмалированные, наконечники для клизм, резиновые клизмы и др. – способом погружения в раствор ДС с последующим промыванием водой. Этим же способом обеззараживают медицинские термометры. Для обработки предметов ухода (без их маркировки) за пациентами возможно использование моюще-дезинфицирующих установок, разрешенных для применения в установленном порядке.

6.17. Посуду столовую и чайную в хирургическом стационаре обрабатывают в соответствии с I Главой настоящих правил. Механическая мойка посуды в специальных моечных машинах проводится в соответствии с прилагающимися инструкциями по их эксплуатации. Мытье посуды ручным способом осуществляют в трехсекционных ваннах для

столовой посуды и двухсекционных – для стеклянной посуды и столовых приборов. Посуду освобождают от остатков пищи, моют с применением моющих средств, погружают в дезинфицирующий раствор и после экспозиции промывают водой и высушивают.

При обработке посуды по эпидемиологическим показаниям столовую посуду освобождают от остатков пищи и погружают в дезинфицирующий раствор, используя режим дезинфекции, рекомендованный для соответствующей инфекции. После дезинфекции посуду тщательно промывают водой и высушивают.

6.18. Обеззараживание загрязненных выделениями и биологическими жидкостями изделий из текстильных материалов (нательного, постельного белья, полотенец, спецодежды медицинского персонала и др.) осуществляют в прачечных путем замачивания в растворах ДС перед стиркой или в процессе стирки с использованием разрешенных для этих целей ДС в стиральных машинах проходного типа по программе стирки № 10 (90 °С) согласно технологии обработки белья в медицинских организациях.

6.19. После выписки пациента постельные принадлежности (матрасы, подушки, одеяла), одежду и обувь подвергают камерной дезинфекции. При наличии на матрасах и подушках чехлов из влагонепроницаемых материалов, их обеззараживают раствором ДС способом протирания.

Допускается дезинфицировать обувь из резин и пластика погружением в разрешенные для этого растворы дезинфицирующих средств.

6.20. Обеззараживание медицинских отходов классов Б и В (комплекты однократного использования, перевязочный материал, ватно-марлевые повязки, тампоны, белье, маски, спецодежда, салфетки, изделия медицинского назначения однократного применения и др.) осуществляют в соответствии с действующими санитарными правилами.

IV. Профилактика внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах (отделениях)

1. Организация мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах

1.1. В данной главе устанавливаются основные требования к комплексу организационных, лечебно-профилактических, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, проведение которых обеспечивает предупреждение возникновения и распространения внутрибольничных инфекционных заболеваний в стационарах (отделениях) акушерского профиля лечебных организаций, перинатальных центров.

1.2. Ответственным за организацию и контроль за выполнением комплекса санитарно-противоэпидемических мероприятий по профилактике и борьбе с внутрибольничными инфекциями в родовспомогательном учреждении является руководитель ЛПО, акушерского стационара (отделения).

1.3. Организацию мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций осуществляет заместитель главного врача по эпидемиологической работе (врач-эпидемиолог). В случае отсутствия врача-эпидемиолога эта работа возлагается на заместителя главного врача по лечебной работе.

1.4. С целью контроля внутрибольничных инфекций в акушерском стационаре (отделении) приказом по учреждению создается комиссия по профилактике ВБИ во главе с главным врачом или его заместителем по лечебной работе, полномочия которой распространяются на все подразделения и службы стационара. В своей деятельности комиссия руководствуется положением, разработанным и утверждённым для конкретного учреждения.

1.5. В состав комиссии входят: заместитель главного врача по эпидемиологической работе (заместитель главного врача по лечебной работе), врач-эпидемиолог и/или помощник врача-эпидемиолога, заведующие структурными подразделениями, главная акушерка, бактериолог, патологоанатом, клинический фармаколог. При необходимости приглашаются другие специалисты. Заседания комиссии проводятся не реже одного раза в квартал.

1.6. Главный врач акушерского стационара (отделения) организует проведение инструктажа для медицинских работников по соблюдению профилактических и санитарно-противоэпидемических мероприятий с последующей сдачей зачетов два раза в год.

1.7. При поступлении на работу в акушерские стационары (отделения) медицинские работники проходят осмотр врачей: терапевта, стоматолога, отоларинголога, дерматовенеролога и гинеколога (в дальнейшем 1 раз в год). *Дополнительные медицинские осмотры проводятся по показаниям.*

Все медицинские работники, непосредственно оказывающие медицинскую помощь и осуществляющие уход за пациентами, проходят следующие обследования:

- рентгенологическое обследование на туберкулез – крупнокадровая флюорография грудной клетки (в дальнейшем – один раз в год);
- исследование крови на гепатит С (в дальнейшем 1 раз в год);

• исследование крови на гепатит В не привитых (в дальнейшем 1 раз в год), привитые обследуются через 5 лет, затем ежегодно при отсутствии ревакцинации;

• исследование крови на ВИЧ-инфекцию (в дальнейшем 1 раз в год).

• исследование крови на сифилис (в дальнейшем 1 раз в год);

• исследование мазков на гонорею (в дальнейшем 1 раз в год).

Другие диагностические исследования проводятся в зависимости от выявленной патологии у медицинского персонала. Результаты обследования вносятся в личную медицинскую книжку.

1.8. Персонал акушерских стационаров (отделений) должен быть привит в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок.

1.9. Обследование персонала на условно патогенную и патогенную флору осуществляется по эпидемиологическим показаниям. Обследование медицинского персонала на носительство золотистого стафилококка в плановом порядке не проводится.

1.10. Медицинский персонал акушерских стационаров с лихорадкой, острыми воспалительными и гнойными процессами или обострением хронических гнойно-воспалительных заболеваний к работе не допускается.

1.11. Данные периодических осмотров, результаты лечения, сведения о профилактических прививках заносятся в медицинскую карту и доводятся до сведения лица, ответственного за организацию и проведение мероприятий по профилактике ВБИ.

1.12. Требования к условиям труда и личной гигиене (в т. ч. правила обработки рук) медицинского персонала принимаются в соответствии с главами I и II настоящих правил.

2. Организация противоэпидемического режима

2.1. В целях предупреждения возникновения и распространения внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах должны своевременно и в полном объеме проводиться предусмотренные данными санитарными правилами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации профилактические и санитарно-противоэпидемические мероприятия.

2.2. Акушерский стационар может быть устроен по типу родильного дома (отделения) или перинатального центра.

2.2.1. Акушерский стационар (отделение) может иметь послеродовое отделение с совместным и/или раздельным пребыванием матери и ребенка. В составе родильного дома предусматривается физиологиче-

ское и обсервационное отделение. Допускается отсутствие обсервационного отделения при наличии палат на 1—2 места и возможности планировочной изоляции одной из палатных секций в случае необходимости организации ее работы по типу обсервационного отделения. В родильных домах с совместным пребыванием матери и ребенка необходимо предусматривать палаты интенсивной терапии для матерей и детей, а также детскую палату для здоровых новорождённых.

2.2.2. Перинатальный центр отличается от родильного дома (отделения) наличием в составе женской консультации, гинекологического отделения, отделения патологии новорождённых и недоношенных (ОПНН), а также отделение реанимации и интенсивной терапии для новорождённых (ОРИТН).

2.3. Категорически запрещается прием в акушерский стационар женщин с послеродовыми осложнениями.

2.4. Акушерский стационар (отделение) не менее одного раза в год должен закрываться для проведения плановой дезинфекции, в т. ч. при необходимости – для текущего ремонта (но не менее чем на 14 календарных дней). Открытие стационара, закрывавшегося по эпидемиологическим показаниям, допускается по согласованию с органами, осуществляющими государственный санитарный надзор.

2.5. В родовом зале при приёме родов и операционных при проведении операций медицинский персонал работает в масках одноразового применения. В отделениях новорождённых маски используют при проведении инвазивных манипуляций. Обязательно использование масок одноразового применения во всех отделениях в период эпидемиологического неблагополучия.

2.6. После любого контакта с пациентами и любой манипуляции проводится гигиеническая обработка рук.

2.7. Сроки выписки из акушерского стационара определяются состоянием здоровья матери и ребенка. С эпидемиологических позиций оправдана ранняя выписка на 3—4 сутки после родов, в т. ч. до отпадения пуповины.

2.8. После выписки пациентов в освободившейся палате проводят уборку по типу заключительной дезинфекции, постельные принадлежности подвергают камерной дезинфекции или обработке растворами дезсредств при наличии водонепроницаемых чехлов.

2.9. Родильный дом обязан информировать о выписке родильницы и ребёнка женскую консультацию и детскую поликлинику по фактическому месту проживания для осуществления последующего патронажа.

2.10. Порядок посещения беременных и родильниц родственниками устанавливается администрацией родильного дома (отделения).

2.11. Присутствие мужа (близких родственников) при родах возможно при наличии индивидуальных родильных залов с учетом состояния женщины. Родственники, присутствующие при родах, должны быть в сменной одежде и обуви.

2.12. Для персонала должен быть предусмотрен отдельный вход, раздевалка со шкафчиками для личной и санитарной одежды, душевые. Санитарная одежда меняется ежедневно.

2.13. Во всех отделениях акушерского стационара ежедневно проводят влажную уборку с применением моющих и дезинфицирующих средств. Виды уборок помещений различных структурных подразделений акушерского стационара и кратность их проведения представлены в прилож. 14.

2.14. Противоэпидемические мероприятия в отделениях (палатах) для ВИЧ-инфицированных пациенток и их новорождённых должны проводиться по типу режима отделений для больных вирусным гепатитом В. При манипуляциях (операциях) у ВИЧ-инфицированных пациенток используют инструменты и другие медицинские изделия одноразового применения. При их отсутствии инструменты многократного использования подлежат дезинфекции по режиму, установленному для профилактики парентеральных гепатитов, с последующей стерилизацией.

2.15. Медицинский персонал, принимающий роды и осуществляющий уход в послеродовом периоде, в т. ч. за ВИЧ-инфицированной родильницей и ее новорождённым, должен:

- соблюдать меры личной безопасности (работа в перчатках при проведении всех манипуляций, правил обработки рук, при приеме родов – использование защитных очков или экранов);
- соблюдать меры предосторожности при работе с колющими, режущими инструментами, иглами;
- свести к минимуму соприкосновение с загрязненным бельем, помещать его в маркированные мешки или контейнеры, влажное белье перевозить в непромокаемых мешках или контейнерах;
- убедиться в целостности аварийной аптечки при подготовке к проведению манипуляции больному с ВИЧ-инфекцией;
- выполнять манипуляции в присутствии второго специалиста, который может в случае разрыва перчаток или пореза продолжить ее выполнение;
- при аварийных ситуациях (порезы и уколы инструментами, контаминированными кровью и другими биологическими жидкостями, в т. ч. от ВИЧ-инфицированных пациентов, больных гепатитом В, С или сифилисом, а также попадание крови и других биологических жидко-

стей на слизистые ротоглотки, носа и глаз) провести экстренную профилактику в соответствии с прилож. 12.

Особенно тщательно меры предосторожности должны соблюдаться при наличии у родильницы клиники острой инфекции, кровохарканья, открытых форм туберкулеза, острой пневмоцистной пневмонии.

3. Правила содержания структурных подразделений акушерских стационаров и перинатальных центров

3.1. Приемно-смотровое отделение.

3.1.1. При поступлении беременной женщины в акушерский стационар (отделение) вопрос о госпитализации в физиологическое или обсервационное отделение «мать-дитя» решается на основании данных обменной карты, опроса и осмотра поступающей в стационар женщины. Следует обеспечить изоляцию потоков беременных и рожениц, поступающих в физиологическое и обсервационное отделения. Для приема гинекологических больных необходимо иметь отдельное помещение.

3.1.2. При поступлении роженицы проводится медицинский осмотр, санитарная обработка. Бритье кожи наружных половых органов и постановка очистительной клизмы в обязательном порядке не проводятся. Душ назначается всем пациентам, выдается индивидуальный комплект белья (рубашка, полотенце, подкладная пеленка, халат). Разрешается использовать свою чистую одежду и обувь.

3.2. Родовой блок.

3.2.1. В родильных домах с преимущественно совместным пребыванием матери и ребёнка предусматривается функционирование индивидуальных родовых залов, в родильных домах с раздельным пребыванием матери и ребёнка соблюдается цикличность заполнения предродовых палат и родовых залов. Допускается устройство родового блока по типу «семейной комнаты».

3.2.2. В предродовой палате каждой роженице выделяют индивидуальное судно. Судно, кровать и скамеечка имеют единый маркировочный номер. Разрешается использование матрасов и подушек в герметичных клеенчатых чехлах, которые обеззараживают дезинфицирующим раствором.

3.2.3. Перед переводом в родовой зал роженицу переодевают в чистое индивидуальное белье (рубашка, косынка, бахилы).

3.2.4. В родовом зале прием родов осуществляется поочередно на разных кроватях. После родов все объекты, применяемые при родах, обрабатывают с применением дезинфицирующих средств по режимам, эффективным для профилактики парентеральных вирусных гепатитов. При наличии нескольких родовых залов прием родов осуществляют поочередно в каждом из них.

3.2.5. В индивидуальном родовом зале женщина находится в течение трёх периодов родов: первый период родов, роды и ранний послеродовый период (2 часа).

3.2.6. Акушерка (врач) перед приемом родов готовится как для хирургической операции.

3.2.7. При приеме родов персонал использует стерильный комплект одежды предпочтительнее одноразового пользования.

3.2.8. Новорождённого принимают в стерильную пеленку. Для первичной обработки новорождённого используется стерильный индивидуальный комплект. Через 1 мин после рождения проводят пережатие и пересечение пуповины. Перед наложением пластиковой скобы (или лигатуры) персонал проводит гигиеническую обработку рук. Место наложения зажима обрабатывается 70 %-м этиловым спиртом.

3.2.9. Первичный туалет новорождённого осуществляется в родильном зале сразу после его рождения. Ребенка вытирают теплой стерильной пеленкой и выкладывают на живот матери для контакта «кожа-к-коже» с последующим прикладыванием к груди. Ребенок на животе у матери укрывается стерильной (х/б) сухой теплой пеленкой и одеялом.

3.2.10. Первичная обработка кожных покровов новорождённого проводится только в случае загрязнения кожных покровов новорождённого меконием или кровью, которые смывают тёплой водопроводной водой.

3.2.11. Профилактика инфекционных заболеваний глаз у новорождённого проводится после пребывания на животе у матери с использованием эритромициновой или тетрациклиновой мази, 20 %-го раствора сульфацила натрия (альбуцид), 1 %-го раствора нитрата серебра в индивидуальной упаковке.

3.2.12. После взвешивания и одевания новорождённого весы и пеленальный стол протирают раствором дезинфицирующего средства. Всё оборудование, используемое при оказании первичной помощи новорождённому, обеззараживают дезинфицирующими растворами по режиму, обеспечивающему гибель бактерий, вирусов и грибов. Для отсасывания слизи у новорождённого необходимо использовать баллоны и катетеры только одноразового применения.

3.3. Послеродовое физиологическое отделение с совместным и раздельным пребыванием матери и ребенка.

3.3.1. Послеродовое физиологическое отделение должно быть организовано преимущественно по принципу совместного пребывания матери и ребенка. Возможна организация палат с совместным пребыванием матери и ребенка и в обсервационном отделении.

3.3.2. Для совместного пребывания матери и ребенка предназначаются одно- или двухместные палаты. Заполнение палаты происходит в течение одних суток.

3.3.3. Палаты послеродового физиологического отделения с раздельным пребыванием матери и ребенка заполняют циклично, синхронно с палатами детского отделения в течение не более 3 суток.

3.3.4. Постельное белье меняется каждые 3 дня, рубашка и полотенце – ежедневно, подкладные пеленки для родильницы – по необходимости. Допускается использование индивидуальных гигиенических прокладок и одноразового белья у матерей и одноразовых подгузников промышленного производства у новорождённых.

3.4. Отделение новорождённых.

3.4.1. Палаты новорождённых с раздельным пребыванием матери и ребенка заполняют синхронно с палатами послеродового физиологического отделения в течение не более 3 суток.

3.4.2. В отделениях (палатах) совместного пребывания матери и ребенка и при наличии небольшого количества детей в отделении (палате) новорождённых при раздельном пребывании рекомендуется грудное вскармливание по «требованию» младенца.

3.4.3. Все изделия медицинского назначения многоразового использования, в т. ч. инструменты, применяемые для ухода за новорождёнными (глазные пипетки, шпатели и др.), подлежат дезинфекции, а затем стерилизации. При проведении манипуляций используют стерильные ватные тампоны в отдельных укладках. Вскрытая и неиспользованная укладка подлежит повторной стерилизации. Для взятия стерильного материала используют стерильные пинцеты (корнцанги), которые меняют после каждого новорождённого.

3.4.4. Для новорождённых используются лекарственные формы только в мелкой расфасовке и/или однократного применения.

3.4.5. Лечение детей с признаками инфекции (в т. ч. ВУИ) в отделении новорождённых и перевод их в обсервационное отделение запрещается. Новорождённые с подозрением на инфекционное заболевание переводятся в отдельную палату (изолятор), а затем в отделение патологии новорождённых для последующего лечения.

3.4.6. Хранение вакцины против гепатита В, а также хранение и разведение вакцины БЦЖ осуществляется в отдельном помещении.

3.5. Порядок сбора, пастеризации, хранения грудного молока, приготовления и хранения молочных смесей.

3.5.1. В акушерских стационарах предусматривается молочная комната для сбора и пастеризации грудного молока, приготовления молочных смесей (2 помещения: для подготовки посуды и приготовления

смесей). Кроме того, в перинатальных центрах при ОРИТН и ОПНН выделяют помещения для сцеживания грудного молока.

3.5.2. Для кормления новорождённого используется сцеженное грудное молоко только его матери.

3.5.3. При необходимости сцеживания грудного молока матерям выдают обеззараженную посуду.

3.5.4. В случае необходимости отсроченного кормления новорождённого сцеженным молоком (отделение реанимации и т. п.), собранное грудное молоко подвергают пастеризации.

Молоко разливают в стерильные бутылочки по 30—50 мл (по 100 мл для перинатального центра) для индивидуального использования, закрывают и пастеризуют в водяной бане (не более 5—7 мин от начала закипания воды), уровень воды в которой должен быть не ниже уровня молока в бутылочках. Бутылочки с молоком после пастеризации охлаждают до комнатной температуры и раздают для кормления детей или хранят в специальном холодильнике не более 12 ч.

3.5.5. Пастеризованное молоко, молочные смеси, питьевые растворы используются для новорождённых только по назначению врача при наличии показаний. Запрещается кормление нескольких детей из одной бутылочки. Вода и растворы для питья должны быть стерильными в индивидуальной разовой расфасовке.

3.5.6. Сухие молочные смеси после вскрытия упаковки должны иметь маркировку с указанием даты и времени вскрытия. Разведение смесей осуществляется с использованием стерильной посуды. Допускается использование готовых жидких смесей.

3.6. Обсервационное отделение.

3.6.1. В обсервационное отделение поступают роженицы, родильницы и новорождённые в соответствии с показаниями в случае отсутствия индивидуальных родильных залов или палат.

3.6.2. Показания к приему беременных и рожениц:

• лихорадочное состояние (температура тела 37,6 °С и выше без клинически выраженных других симптомов);

• инфекционная патология, в т. ч.:

• острые воспалительные заболевания и хронические воспалительные заболевания в стадии обострения (пиелонефрит, цистит, бронхит, пневмония, отит, пиодермия и др.);

• острые респираторные заболевания (грипп, ангина и др.);

• ВИЧ-инфекция, сифилис, вирусные гепатиты В, С, Д, гонорея, герпетическая инфекция;

• туберкулез (любой локализации при отсутствии специализированного стационара). Беременных и рожениц с открытой формой тубер-

кулеза госпитализируют в специализированные родильные дома (отделения), при отсутствии таковых – в боксы или изоляторы обсервационного отделения с последующим переводом после родов в противотуберкулезный стационар;

• прерывание беременности по медицинским и социальным показаниям с 20 недель беременности;

• внутриутробная гибель плода, грубые аномалии развития плода, требующие досрочного родоразрешения;

• отсутствие медицинской документации и данных об обследовании рожениц;

• роды вне лечебного учреждения (в течение 24 ч после родов).

3.6.3. Переводу в обсервационное отделение из других отделений акушерского стационара подлежат беременные, роженицы и родильницы, имеющие:

• повышение температуры тела в родах и раннем послеродовом периоде до 38 °С и выше (при трехкратном измерении через каждый час);

• лихорадку неясного генеза (температура тела выше 37,6 °С), продолжающуюся более 1 суток;

• проявления экстрагенитальных инфекционных заболеваний, не требующих перевода в специализированный стационар (острая респираторная инфекция, ангина, герпес).

3.6.4. Лечение послеродовых воспалительных осложнений осуществляется в условиях гинекологического стационара (отделения).

3.6.5. Переводу и госпитализации в обсервационное отделение подлежат:

• новорождённые, матери которых переведены из физиологического послеродового отделения в обсервационное;

• новорождённые с видимыми врожденными и некурабельными пороками развития, не нуждающиеся в срочном хирургическом лечении;

• дети, родившиеся вне родильного дома.

3.6.6. Новорождённые с инфекционными заболеваниями переводятся в детский стационар.

3.6.7. В случае перевода новорождённого в обсервационное отделение вместе с ним переводят и родильницу.

3.6.8. В обсервационном отделении пациенток необходимо размещать в палаты по нозологическим формам заболеваний, беременных – отдельно от родильниц.

3.6.9. При необходимости перехода в обсервационное отделение медицинский персонал меняет халат, надевает бахилы. Для этого у входа должны быть вешалка с чистыми халатами, емкости с бахилами.

3.6.10. Прием родов у ВИЧ-инфицированных беременных, а также у беременных с гепатитом В, С, сифилисом может осуществляется в родильных домах специализированного или общего типа. При этом прием родов проводится в специально выделенной палате, предпочтительно в боксе, где родильница с ребенком находится до выписки. При необходимости оперативного вмешательства используется операционная обсервационного отделения.

3.7. Отделения реанимации и интенсивной терапии для новорождённых (ОРИТН), патологии новорождённых и недоношенных (ОПНН) перинатального центра.

3.7.1. Для размещения ОРИТН и ОПНН предусматриваются самостоятельные блоки помещений с отдельным входом и выходом, изолированные от родовспомогательных и других отделений.

3.7.2. В ОРИТН и ОПНН допускается перевод новорождённых из других отделений перинатального центра или других акушерских стационаров. Перевод новорождённых из ОРИТН и ОПНН в послеродовые отделения перинатального центра или других акушерских стационаров не допускается.

3.7.3. В том случае если перинатальный центр принимает в ОПНН и ОРИТН новорождённых из других акушерских стационаров при входе в отделение предусматривается наличие помещений приема.

3.7.4. Все диагностические и лечебные процедуры лечащий или дежурный врач и медицинская сестра осуществляют непосредственно в палате. Процедурный и физиотерапевтический кабинеты предназначены только для подготовки к лечебным или диагностическим мероприятиям.

3.7.5. Перед осмотром каждого ребенка и проведением манипуляций персонал проводит обработку рук в соответствии с требованиями главы I. После осмотра ребенка в кювезе проводится обработка рук антисептиком перед закрытием кювеза.

3.7.6. Для осмотра новорождённых в каждой палате предусматривается пеленальный стол, оборудованный матрасиком с подогревом и лампой лучистого тепла.

3.7.7. Термометрию рекомендуется проводить электронными термометрами (ртутными термометрами невозможно фиксировать гипотермию у новорождённого). Осмотр зева новорождённых проводят одноразовым шпателем.

3.7.8. При отделениях предусматриваются помещения для фильтра (опрос, осмотр и термометрия), переодевания и отдыха приходящих матерей (других родственников по уходу). Матери (другие родственники), перед входом в отделения надевают чистую сменную одежду, допуска-

ется использование чистой домашней одежды. В отделения запрещается приводить несовершеннолетних детей.

3.7.9. Каждый случай инфекционного заболевания (врожденного и постнатального), в т. ч. вызванного условно патогенными микроорганизмами, у ребенка, поступившего или находящегося в ОРИТН или ОПНН, подлежит учету и регистрации в установленном порядке.

3.7.10. ОПНН должно быть организовано преимущественно по принципу совместного пребывания матери и ребенка. В ОРИТН дети находятся без матерей, но допускается посещение ребенка родителями.

3.7.11. Матери, находящиеся в отделении совместно с ребенком, не должны посещать другие палаты отделения или другие отделения перинатального центра. В палатах ОРИТН и ОПНН запрещается хранить продукты питания, сумки, верхнюю одежду, пользоваться посторонними электроприборами, мобильными телефонами.

4. Организация и проведение дезинфекционных и стерилизационных мероприятий

4.1. С целью профилактики и борьбы с ВБИ в акушерских стационарах проводятся дезинфекционные и стерилизационные мероприятия в соответствии с требованиями глав I и II.

4.2. В акушерских стационарах дезинфекции подлежат объекты, которые могут быть факторами передачи ВБИ:

- изделия медицинского назначения;
- руки персонала;
- кожные покровы (операционное и инъекционное поле) пациентов;
- предметы ухода за больными;
- кувезы (инкубаторы);
- воздух в помещениях;
- выделения больных и биологические жидкости (мокрота, кровь и др.);
- постельные принадлежности;
- поверхности предметов и оборудования;
- медицинские отходы и др.

4.3. Дезинфекция кувезов (инкубаторов).

4.3.1. Дезинфекцию кувезов проводят дезинфицирующими средствами, в инструкциях по применению которых есть рекомендации по обеззараживанию кувезов.

4.3.2. Для дезинфекции кувезов не допускается применение хлорактивных средств, а также средств, содержащих в своем составе альдегиды, фенол и его производные.

4.3.3. Дезинфекцию наружных поверхностей кувезов с целью профилактики ВБИ осуществляют ежедневно одновременно с проведением текущих уборок по режиму, обеспечивающему гибель грамотрицательных и грамположительных бактерий.

4.3.4. Обработку внутренних поверхностей и приспособлений кувезов проводят по типу заключительной дезинфекции в отдельном хорошо проветриваемом помещении, оснащенном ультрафиолетовыми облучателями. Обеззараживание внутренних поверхностей и приспособлений кувезов проводят перед поступлением ребенка.

4.3.5. Обработку кувезов проводят после перевода новорождённого или не реже 1 раза в 7 дней. Обработку кувезов следует проводить с учетом документации по эксплуатации кувеза, прилагаемой к конкретной модели.

4.3.6. Перед обработкой кувеза его необходимо выключить, опорожнить водяной бачок увлажнителя, в случаях, предусмотренных инструкцией по эксплуатации кувеза, поменять фильтры отверстия кабины, через которое в кувез поступает воздух.

4.3.7. Дезинфекцию поверхностей кувезов проводят способом протирания, различных приспособлений – погружением в растворы дезинфицирующих средств по режимам (концентрация раствора, время дезинфекционной выдержки), рекомендованным для профилактики и борьбы с бактериальными, вирусными и грибковыми инфекциями, выбирая из них наиболее жесткий для данного средства (более высокие концентрации рабочих растворов и более длительное время обеззараживания) с последующим промыванием водой в соответствии с режимами отмыва, рекомендованными для изделий медицинского назначения.

4.3.8. После дезинфекции кувеза остатки дезинфицирующего раствора следует удалить многократным протиранием (смыванием) стерильными салфетками или стерильной пеленкой, обильно смоченными стерильной водой (100—150 мл). После каждого смывания необходимо поверхности вытирать насухо. По окончании обработки кувезы следует проветривать в течение времени, рекомендованного для конкретного используемого средства.

Закончив обработку, кувез закрывают крышкой и включают аппарат. Перед тем, как поместить ребенка, увлажняющую систему кувеза заливают стерильной дистиллированной водой.

4.4. Дезинфекция объектов больничной среды.

4.4.1. В помещениях различных структурных подразделений акушерского стационара проводят текущие и генеральные уборки.

4.4.1.1. При проведении текущих уборок с применением растворов дезинфицирующего средства (профилактическая дезинфекция при от-

сутствии ВБИ или текущая дезинфекция при наличии ВБИ) поверхности в помещениях, приборов, оборудования и другие дезинфицируют способом протирания. Для этих целей целесообразно использовать дезинфицирующие средства с моющими свойствами, что позволяет объединить обеззараживание объекта с его мойкой. При необходимости экстренной обработки небольших по площади или труднодоступных поверхностей возможно применение дезинфицирующих средств в готовой форме, например, на основе спиртов с коротким временем обеззараживания (способом орошения с помощью ручных распылителей), или способом протирания растворами дезинфицирующих средств, или готовыми к применению дезинфицирующими салфетками.

4.4.1.2. Текущие уборки в помещениях проводят по режимам, обеспечивающим гибель бактериальной микрофлоры, при появлении в стационаре ВБИ – по режиму, эффективному в отношении возбудителя соответствующей инфекции. При дезинфекции объектов, загрязненных кровью и другими биологическими субстратами, представляющими опасность в распространении парентеральных вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции, следует применять дезинфицирующие средства по противовирусному режиму.

4.4.1.3. Генеральные уборки в операционных блоках, родильных залах, перевязочных, процедурных, манипуляционных, стерилизационных проводят дезинфицирующими средствами с широким спектром антимикробного действия по режимам, обеспечивающим гибель бактерий, вирусов и грибов рода Кандида.

4.4.1.4. Генеральные уборки в палатных отделениях, врачебных кабинетах, административно-хозяйственных помещениях, отделениях и кабинетах физиотерапии и функциональной диагностики и других проводят дезинфицирующими средствами по режимам, рекомендованным для профилактики и борьбы с бактериальными инфекциями.

4.4.2. В присутствии пациентов запрещается обеззараживание поверхностей растворами дезинфицирующих средств способом орошения, а также применение способом протирания дезинфицирующих средств, обладающих раздражающим действием, сенсибилизирующими свойствами.

4.4.3. При проведении заключительной дезинфекции следует применять средства с широким спектром антимикробного действия. Обработку поверхностей осуществляют способами протирания или орошения (с помощью распылителей, гидропульта и других распыливающих устройств).

4.4.4. Заключительную дезинфекцию проводят в отсутствие пациентов, при этом персонал, выполняющий обработку, должен использовать средства индивидуальной защиты, рекомендуемые в инструкциях по применению каждого конкретного средства.

4.4.5. Воздух в помещениях обеззараживают:

• фильтрацией с помощью антимикробных фильтров;

• ультрафиолетовым облучением с помощью открытых и комбинированных бактерицидных облучателей, применяемых в отсутствие людей, и закрытых облучателей, в т. ч. рециркуляторов, позволяющих проводить обеззараживание воздуха в присутствии людей;

• аэрозолями дезинфектантов (в отсутствие людей) с помощью специальной распыливающей аппаратуры и использованием ДС, имеющих разрешение на такой способ применения при проведении дезинфекции по типу заключительной и генеральных уборок;

• озоном с помощью установок-генераторов озона в отсутствие людей при проведении дезинфекции по типу заключительной.

4.4.6. Предметы ухода за пациентами (медицинские термометры, кислородные маски, рожки от кислородной подушки, баллоны для отсасывания слизи, подкладные клеенки, судна, резиновые клизмы, тазики эмалированные и др.) обеззараживают способом погружения в раствор дезинфицирующего средства с последующим промыванием водой. Чехлы матрасов из полимерной пленки и клеенки обеззараживают способом протирания тканевой салфеткой, смоченной раствором дезинфицирующего средства. Для обработки предметов ухода за пациентами возможно использование моюще-дезинфицирующих установок, разрешенных для применения в установленном порядке.

4.4.7. Баночки для сбора молока, молокоотсосы, стеклянные воронки, соски для новорождённых, перед стерилизацией тщательно моют с применением моющих средств, разрешенных для мытья посуды, и ополаскивают проточной питьевой водой. Сетки для молочной посуды обеззараживают способом протирания тканевой салфеткой, смоченной раствором дезинфицирующего средства.

4.4.8. Посуду столовую и чайную в акушерском стационаре обрабатывают в соответствии с действующими нормативными документами. Механическая мойка посуды в специальных моечных машинах проводится в соответствии с прилагающимися инструкциями по их эксплуатации. Мытье посуды ручным способом осуществляют в трехсекционных ваннах для столовой посуды и двухсекционных – для стеклянной посуды и столовых приборов. Посуду освобождают от остатков пищи, моют с применением моющих средств, погружают в дезинфицирующий раствор и после экспозиции промывают водой и высушивают. При обработке посуды по эпидемиологическим показаниям столовую посуду освобождают от остатков пищи и погружают в дезинфицирующий раствор, используя режим дезинфекции, рекомендованный для соответст-

вующей инфекции. После дезинфекции посуду тщательно промывают водой и высушивают.

4.4.9. Обеззараживание загрязненных выделениями и биологическими жидкостями изделий из текстильных материалов (нательного и постельного белья, полотенец, подкладных пеленок, спецодежды медицинского персонала) осуществляют в прачечных путем замачивания в растворах ДС перед стиркой или в процессе стирки с использованием разрешенных для этих целей ДС в стиральных машинах проходного типа по программе стирки, обработки белья в медицинских учреждениях. Белье от новорождённых обрабатывают как инфицированное.

5. Эпидемиологический надзор за внутрибольничными инфекциями

5.1. Общие положения.

5.1.1. Эпидемиологический надзор за ВБИ и организация проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий осуществляется госпитальным эпидемиологом (заместителем главного врача по санитарно-эпидемиологическим вопросам, при его отсутствии – заместителем главного врача по лечебной работе).

5.1.2. Контроль за проведением противоэпидемических и профилактических мероприятий проводят органы, уполномоченные осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

5.1.3. Эпидемиологический надзор за ВБИ в акушерских стационарах предусматривает:

- выявление, учет и регистрацию ВБИ;
- анализ заболеваемости новорождённых и родильниц;
- анализ летальных исходов;
- анализ заболеваемости медицинского персонала;
- микробиологический мониторинг;
- выявление групп и факторов риска возникновения ВБИ;
- определение предвестников осложнения эпидемиологической обстановки;
- оценку и прогнозирование эпидемиологической ситуации.

5.1.4. На основании данных эпидемиологического надзора разрабатываются и реализуются профилактические и противоэпидемические мероприятия, проводится оценка их эффективности.

5.2. Выявление и учет внутрибольничных инфекций.

5.2.1. Заболевания новорождённых инфекциями, вызванные условно патогенной флорой и выявленные в период пребывания в акушерском стационаре и/или в течение 7 дней после выписки, подлежат учету по данному стационару. Генерализованные формы (сепсис, остеомие-

лит, менингит) учитываются за стационаром в течение месяца после рождения.

5.2.2. Заболевания родильниц инфекциями, вызванные условно патогенными микроорганизмами и связанные с родами (эндометрит, гнойный мастит, сепсис, перитонит и др.), выявленные в период пребывания в акушерском стационаре и/или в течение 30 дней после родов, подлежат учету за акушерским стационаром.

5.2.3. Независимо от внутрибольничного (ВБИ) или внутриутробного (ВУИ) характера заражения, новорождённый с признаками гнойно-воспалительного заболевания представляет собой источник инфекции, требующий незамедлительной изоляции и госпитализации в другой профильный стационар, а также проведения комплекса мероприятий, предусмотренного в данных случаях.

5.2.4. Вопрос о внутриутробном характере заражения решается при участии госпитального эпидемиолога.

5.2.5. Учёт и организация сбора информации об инфекционной заболеваемости новорождённых и родильниц осуществляется не только в акушерских стационарах, но и в детских больницах и поликлиниках, хирургических и гинекологических отделениях, женских консультациях, патолого-анатомических отделениях и пр. Все эти учреждения должны оперативно сообщать по телефону в течение 12 ч об установленном или предварительном диагнозе ВБИ (ВУИ) у новорождённого и/или родильницы в органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

5.2.6. Органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор, в течение 12 ч передают информацию об инфекционных заболеваниях новорождённых и родильниц в акушерские стационары по месту родов для организации и проведения противоэпидемических мероприятий.

5.2.7. Госпитальный эпидемиолог совместно с заведующими структурными подразделениями проводит активное выявление ВБИ путем проспективного наблюдения, которое заключается в следующем:

- контроль за выявлением и оперативной (ежедневной) регистрацией инфекционных заболеваний;
- получение ежедневной информации от всех функциональных подразделений родильного дома (отделения) о случаях инфекционных заболеваний среди новорождённых и родильниц, нарушениях санитарно-эпидемиологического режима, результатах бактериологических исследований;
- расследование причин их возникновения и информация руководства для принятия неотложных мер.

5.2.8. Учет и регистрация заболеваний новорождённых и родильниц, вызванных условно-патогенными микроорганизмами, осуществляется в соответствии с кодами МКБ-10 (прилож. 15). Учёт и регистрация заболеваний новорождённых и родильниц, вызванных «классическими» микроорганизмами проводят согласно требованиям соответствующих нормативных документов.

5.3. Эпидемиологический анализ заболеваемости.

5.3.1. Эпидемиологический анализ предусматривает изучение уровня, структуры, динамики заболеваемости ВБИ для оценки эпидемиологической ситуации в родильном доме (акушерском отделении) и разработки комплекса противоэпидемических мероприятий.

5.3.2. Оперативный (текущий) анализ заболеваемости ВБИ проводят на основании данных ежедневной регистрации инфекционных заболеваний по первичным диагнозам. В ходе оперативного анализа заболеваемости проводится оценка текущей эпидемиологической обстановки и решается вопрос о благополучии или осложнении в эпидемиологической обстановки, адекватности проводимых мер или необходимости их усиления.

5.3.3. Оперативный анализ заболеваемости должен проводиться с учетом:

- даты родов;
- сроков возникновения заболевания;
- локализации патологического процесса;
- этиологии;
- видам медицинских вмешательств;
- перемещения в пределах стационара (из палаты в палату, из отделения в отделение);
- даты выписки или перевода в другой стационар;
- длительности пребывания в стационаре.

5.3.4. Групповыми заболеваниями следует считать появление 5 и более внутрибольничных заболеваний новорождённых и родильниц (суммарно), возникающих в пределах колебаний одного инкубационного периода и связанных одним источником инфекции и общими факторами передачи.

5.3.5. Ретроспективный анализ заболеваемости ВБИ новорождённых и родильниц предусматривает:

- анализ многолетней динамики заболеваемости с определением тенденции (рост, снижение, стабилизация) и темпов роста или снижения;
- анализ годового, помесячного уровней заболеваемости;
- сравнительную характеристику заболеваемости по отделениям;

• изучение структуры заболеваемости по локализации патологического процесса и этиологии;

• анализ оперативных и других вмешательств и частоты заболеваний, связанных с ними (стратифицированные показатели);

• анализ динамики соотношения локализованных и генерализованных форм;

• определение удельного веса групповых заболеваний и анализ вспышечной заболеваемости;

• анализ летальности по локализации патологического процесса и этиологии.

5.3.6. Для выявления закономерностей эпидемического процесса, основных источников инфекции, ведущих путей и факторов передачи проводят ретроспективный анализ заболеваемости новорождённых и родильниц, который является основой для разработки профилактических и противоэпидемических мероприятий, адекватных конкретной эпидемиологической обстановке в данном акушерском стационаре (отделении).

5.3.7. Ретроспективный анализ заболеваемости медицинского персонала позволяет определить круг источников инфекции и провести мероприятия, направленные на ограничение их роли в распространении ВБИ.

5.3.8. Наиболее значимыми источниками инфекции являются больные манифестными формами инфекций и носители антибиотикорезистентных штаммов микроорганизмов, а также медицинский персонал с патологией носоглотки (гаймориты, синуситы и др.), мочевыводящего тракта (вялотекущие пиелонефрит, цистит), желудочно-кишечного тракта (гастроэнтерит, энтероколит), кожи и подкожной клетчатки (гнойно-воспалительные процессы). По результатам диспансеризации медицинского персонала выявляются лица с хроническими инфекционными заболеваниями и при необходимости проводят их лечение.

5.4. Микробиологический мониторинг.

5.4.1. Микробиологический мониторинг осуществляется акушерским стационаром (при отсутствии соответствующих лабораторий – по договорам с аккредитованными организациями).

5.4.2. При проведении микробиологических исследований должны преобладать исследования по клиническим показаниям, направленные на расшифровку этиологии ВБИ и определение тактики лечения.

Микробиологическому исследованию в первую очередь подлежат материалы из патологических локусов новорождённых и родильниц.

5.4.3. Объем санитарно-бактериологических исследований определяется эпидемиологической необходимостью, исследования проводятся в плановом порядке и по эпидемиологическим показаниям.

В плановом порядке проводят:

• исследования лекарственных форм (для инъекций, обработки кожи и слизистых новорождённых), контроль стерильности изделий медицинского назначения, в т. ч. расходных материалов для аппаратов ИВЛ – за исключением лекарственных форм и стерильных изделий промышленного изготовления;

• детские питательные смеси и растворы для питья;

• контроль микробиологической чистоты воздуха в операционных и других помещениях класса чистоты А, Б;

• контроль качества текущей дезинфекции (кувезы, предметы и изделия медицинского назначения, подготовленные к использованию у пациентов);

• выборочный контроль гигиены рук медицинского персонала.

Санитарно-бактериологические исследования проводят в соответствии с планом производственного контроля, утвержденным руководителем организации, но не реже 1 раза в 6 месяцев.

По эпидемиологическим показаниям перечень и объем исследований определяется в соответствии с конкретной эпидемиологической обстановкой.

5.4.4. При расшифровке этиологической структуры ВБИ новорождённых и родильниц необходимо учитывать не только данные лабораторных исследований, полученные во время пребывания в родильном доме, но и сведения, поступающие из детской поликлиники, больницы, женской консультации, гинекологических и хирургических отделений.

Сведения о микробиологическом подтверждении или изменении диагноза в течение 12 ч передаются в органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор для последующего информирования акушерских стационаров.

5.4.5. Микробиологическое обследование медицинского персонала проводится по эпидемиологическим показаниям.

5.4.6. Для выявления госпитальных штаммов – возбудителей ВБИ – необходимо учитывать данные внутривидового типирования.

5.5. Выявление групп и факторов риска.

5.5.1. Группами риска возникновения ВБИ среди родильниц считаются женщины:

• с хориоамнионитом в родах;

• с хроническими соматическими и инфекционными заболеваниями;

• с иммунодефицитными состояниями;

• с болезнями мочеполовой системы, в т. ч. кольпитами;

• с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (инфекционные осложнения предыдущей беременности, привычное невынашивание и др.);

• после оперативного родоразрешения (кесарево сечения);

• с кровотечениями в послеродовом периоде.

5.5.2. К группам риска возникновения ВБИ среди новорождённых относятся:

• недоношенные;

• переношенные;

• родившиеся у матерей с хроническими соматическими и инфекционными заболеваниями или перенесших острое инфекционное заболевание во время беременности;

• после оперативного родоразрешения;

• с врожденными аномалиями развития;

• с родовой травмой;

• с синдромом дыхательных расстройств;

• с хронической внутриутробной гипоксией и асфиксией в родах;

• при проведении искусственной вентиляции легких;

• родившиеся у матерей, страдающих алкоголизмом, наркоманией.

5.5.3. К факторам риска возникновения ВБИ новорождённых и родильниц относятся: инвазивные лечебно-диагностические вмешательства (катетеризация сосудов, мочевыводящих путей, эндоскопические исследования, трансфузии, пункции, инъекции), ИВЛ, искусственное вскармливание и др. Имеет значение кратность и длительность процедур. При абдоминальном родоразрешении важно учитывать в экстренном или плановом порядке оно проводится.

5.5.4. Назначение инвазивных процедур должно быть строго обосновано.

5.6. Определение предпосылок и предвестников эпидемиологического неблагополучия.

5.6.1. Для успешной профилактики ВБИ, необходимо учитывать ряд предпосылок и предвестников эпидемиологического неблагополучия в акушерском стационаре и проводить целенаправленные профилактические мероприятия до начала осложнения эпидемической обстановки и появления групповых заболеваний.

5.6.2. К предвестникам осложнения эпидемиологической ситуации относятся следующие:

• факты поздней выписки новорождённых из роддома (после 5-го дня);

• увеличение доли детей, переводимых на второй этап выхаживания;

• появление генерализованных форм;

• увеличение доли диагнозов ВУИ среди всех инфекционных диагнозов новорождённых;

• увеличение частоты инвазивных вмешательств (катетеризация центральных вен, ИВЛ и др.);

• смена вида циркулирующей микрофлоры у новорождённых и её идентичность с изолятами, выделенными из внутрибольничной среды;

• выделение преимущественно одного вида возбудителя;

• появление микробных ассоциаций;

• увеличение количества изолированных культур и числа локусов, из которых они выделяются;

• возникновение двух и более случаев заболеваний, эпидемиологически связанных между собой;

• рост числа воспалительных заболеваний у родильниц, в т. ч. после оперативных пособий в родах;

• рост числа воспалительных и инфекционных заболеваний среди медицинского персонала.

Своевременное выявление вышеуказанных признаков позволяет оперативно провести необходимые мероприятия для предотвращения дальнейшего осложнения эпидемиологической ситуации.

5.6.3. К предпосылкам, способствующим росту заболеваемости ВБИ, относятся нарушения в организации работы акушерского стационара, санитарно-техническом состоянии, материальном обеспечении и соблюдении противоэпидемического режима.

Неудовлетворительные архитектурно-планировочные решения:

• недостаточный состав и площадь помещений;

• перекрест технологических потоков;

• отсутствие приточно-вытяжной вентиляции.

Нарушения в организации работы:

• перегруз стационара;

• аварийные ситуации на водопроводной и канализационной системах, перебой в подаче горячей и холодной воды, нарушения в тепло- и энергоснабжении;

• нарушения в работе приточно-вытяжной вентиляции.

Недостаточное материально-техническое оснащение:

• недостаток изделий медицинского назначения, в т. ч. одноразового (катетеры, санационные системы, дыхательные трубки);

• нехватка оборудования, перевязочного материала, лекарств;

• перебои в поставке белья, дезинфицирующих средств.

Нарушения противоэпидемического режима:

• несоблюдение цикличности заполнения палат;

• несвоевременный перевод новорождённых и родильниц в соответствующие стационары;

• повторное использование одноразовых медицинских изделий, неиндивидуальное употребление емкостей для питья, кормления, обработки кожных покровов и глаз;

• нарушения правил текущей и заключительной дезинфекции, стерилизации и пр.

5.6.4. При выявлении предпосылок возникновения эпидемиологического неблагополучия госпитальный эпидемиолог оперативно доводит всю информацию до сведения главного врача родильного дома и организаций, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор. Принимаются меры по устранению нарушений. Усиливается весь комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий.

5.6.5. При невозможности устранения предпосылок, в т. ч. при выявлении грубых нарушений противоэпидемического режима ставится вопрос о прекращении работы родильного дома.

5.7. Оценка эффективности мер борьбы и профилактики.

Оценка эффективности проводимых мероприятий проводится на основании состояния эпидемиологической обстановки в акушерском стационаре. Оцениваться может как комплекс проведенных мероприятий, так и отдельные меры. Эффективность отдельных мероприятий целесообразно изучать при апробации новых форм и методов работы, испытании отдельных методик и препаратов.

5.8. Оценка эпидемиологической ситуации.

Анализ всей вышеприведенной информации дает возможность получить объективные данные об особенностях эпидемического процесса внутрибольничных инфекций у новорождённых и родильниц в данном акушерском стационаре, основных причинах, обусловливающих заболеваемость, оценить эпидемиологическую ситуацию и разработать комплекс эффективных профилактических и противоэпидемических мероприятий.

6. Проведение расследования и ликвидации групповых внутрибольничных заболеваний среди новорождённых детей и родильниц

6.1. К групповым заболеваниям (вспышкам) ВБИ новорождённых и родильниц относятся 5 и более случаев, возникающих в пределах колебаний одного инкубационного периода (максимально 7 дней), связанных между собой одним источником инфекции и общими факторами передачи.

6.2. Расследование причин возникновения групповых заболеваний и срочное принятие мер по их ликвидации проводится родовспомогательными учреждениями и органами, осуществляющими государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

6.3. При возникновении групповых заболеваний:

6.3.1. Прекращается прием беременных и рожениц в акушерский стационар (отделение).

6.3.2. Проводится комплексное эпидемиологическое расследование специалистами и врачами органов и учреждений, уполномоченных осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор, и госпитальным эпидемиологом с участием неонатолога, акушера-гинеколога, направленное на выяснение причин сложившегося неблагополучия и разработку мероприятий по ликвидации групповых заболеваний.

6.3.3. Решается вопрос о закрытии акушерского стационара (отделения) по эпидемиологическим показаниям, в установленном порядке направляется внеочередное донесение в Минздравсоцразвития России.

6.3.4. Экстренно развертывается резервное помещение для приема рожениц и беременных.

6.3.5. Определяется стационар для госпитализации заболевших детей с учетом создания максимально благоприятных условий для их изоляции, организации круглосуточной реанимационной помощи и интенсивной терапии.

6.3.6. На основании результатов эпидемиологического расследования делается заключение о причинах группового заболевания, типе эпидемического процесса, источниках инфекции, ведущих путях и факторах передачи возбудителей инфекции, обусловивших возникновение заболеваний. С учетом этого заключения разрабатывается и реализуется комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий по локализации и ликвидации групповых внутрибольничных заболеваний, включающих назначение средств специфической и неспецифической профилактики.

V. Санитарно-гигиенические требования к стоматологическим медицинским организациям

1. Общие положения

1.1. В целях соблюдения противоэпидемического режима врач должен работать в сопровождении среднего медицинского персонала, осуществляющего обработку рабочих мест, дезинфекцию, а также, в случае отсутствия централизованной стерилизационной, предстерилизационную очистку и стерилизацию изделий медицинской техники и медицинского назначения.

1.2. Требования к условиям труда и личной гигиене (в т. ч., правила обработки рук) медицинского персонала принимаются в соответствии с главами I и II настоящих правил.

2. Требования к размещению стоматологических медицинских организаций

2.1. Стоматологические медицинские организации могут размещаться в отдельно стоящих зданиях, приспособленных и встроенных (встроенно-пристроенных) в здания жилого и общественного назначения помещениях при условии соблюдения требований санитарных правил и нормативов.

2.2. В жилых зданиях допускается размещать стоматологические кабинеты, стоматологические амбулаторно-поликлинические организации, в т. ч. имеющие в своем составе дневные стационары. Допускается размещение стоматологических медицинских организаций в цокольных этажах жилых зданий.

2.3. Стоматологические медицинские организации, расположенные в жилых зданиях, должны иметь отдельный вход с улицы.

2.4. Стоматологические медицинские организации размещаются в помещениях, оборудованных системами хозяйственно-питьевого холодного и горячего водоснабжения и водоотведения (канализации).

2.5. Размещение и эксплуатация рентгеновских кабинетов, аппаратов (в т. ч. радиовизиографов) регламентируются действующими нормативными документами и пунктом 7 настоящей главы.

2.6. Устройство, оборудование и эксплуатация физиотерапевтических кабинетов, применение лазеров должны отвечать действующим нормативным документам.

2.7. В подвальных помещениях, имеющих естественное или искусственное освещение, допускается размещение санитарно-бытовых помещений (гардеробные, душевые, складские), вентиляционных камер, компрессорных установок, стерилизационных-автоклавных.

2.8. Для организации стоматологического приема детей выделяются отдельные кабинеты. Не допускается использование кабинетов взрослого приема для приема детского населения по графику. Для организации приема детей следует по возможности выделять отдельный отсек с ожидальней и санузлом.

2.9. Оказание медицинской помощи беременным проводится в медицинских стоматологических организациях для взрослых или в стоматологических кабинетах женских консультаций.

2.10. В стоматологических кабинетах площадь на основную стоматологическую установку должна быть не менее 14 м^2, на дополнительную установку – 10 м^2 (на стоматологическое кресло без бормашины – 7 м^2), высота кабинетов – не менее 2,6 м.

2.11. Оперативные вмешательства, для проведения которых осуществляется медицинская деятельность по анестезиологии и реаниматологии, проводятся в условиях операционного блока. При этом оборудуется помещение для временного пребывания пациента после операции. В операционной при необходимости обеспечивается подача медицинских газов.

2.12. Работа кабинета хирургической стоматологии организуется с учетом разделения потоков «чистых» (плановых) и «гнойных» вмешательств. Плановые вмешательства проводятся в специально выделенные дни с предварительным проведением генеральной уборки.

2.13. Набор помещений определяется мощностью стоматологической медицинской организации и видами деятельности. Минимальные площади помещений и их минимальный набор представлены в прилож. 2.

3. Требования к внутренней отделке помещений

3.1. Для внутренней отделки применяются материалы в соответствии с функциональным назначением помещений.

3.2. Стены стоматологических кабинетов, углы и места соединения стен, потолка и пола должны быть гладкими, без щелей.

3.3. Для отделки стен в кабинетах применяются отделочные материалы, разрешенные для использования в помещениях с влажным, асептическим режимом, устойчивые к дезинфектантам. Стены операционной, кабинетов хирургической стоматологии и стерилизационной отделываются на всю высоту глазурованной плиткой или другими разрешенными для этих целей материалами.

3.4. Стены основных помещений зуботехнической лаборатории окрашиваются красками или облицовываются панелями, имеющими гладкую поверхность; герметично заделываются швы.

3.5. Потолки стоматологических кабинетов, операционных, предоперационных, стерилизационных и помещений зуботехнических лабо-

раторий окрашиваются водоэмульсионными или другими красками. Возможно использование подвесных потолков, если это не влияет на нормативную высоту помещения. Подвесные потолки должны быть выполнены из плит (панелей), имеющих гладкую неперфорированную поверхность, устойчивую к действию моющих веществ и дезинфектантов.

3.6. Полы в стоматологических кабинетах должны иметь гладкое покрытие из материалов, разрешенных для этих целей.

3.7. Цвет поверхностей стен и пола в помещениях стоматологических кабинетов и зуботехнических лабораторий должен быть нейтральных светлых тонов, не мешающих правильному цветоразличению оттенков окраски слизистых оболочек, кожных покровов, крови, зубов (естественных и искусственных), пломбировочных и зубопротезных материалов.

3.8. При отделке стоматологических кабинетов, в которых применяется ртутная амальгама:

- стены и потолки должны быть гладкими, без щелей и украшений; оштукатуренными (кирпичные) или затертыми (панельные) с добавлением 5 % порошка серы для связывания паров ртути в прочное соединение (сернистую ртуть) и окрашенными разрешенными для стоматологических кабинетов красками;
- полы должны настилаться рулонным материалом, все швы свариваются, плинтус должен плотно прилегать к стенам и полу;
- столики для работы с амальгамой должны быть покрыты ртутьнепроницаемым материалом и иметь бортики по краям, под рабочей поверхностью столиков не должно быть открытых ящиков; разрешается использовать только амальгаму, выпускаемую в герметически закрытых капсулах.

4. Требования к оборудованию

4.1. В кабинетах с односторонним естественным освещением стоматологические кресла устанавливаются в один ряд вдоль светонесущей стены.

4.2. При наличии нескольких стоматологических кресел в кабинете, они разделяются непрозрачными перегородками высотой не ниже 1,5 м.

4.3. Отсутствие стерилизационной в стоматологической медицинской организации допускается при наличии не более 3 кресел. В этом случае установка стерилизационного оборудования возможна непосредственно в кабинетах.

4.4. Стоматологические кабинеты оборудуются раздельными или двухсекционными раковинами для мытья рук и обработки инструментов. При наличии стерилизационной и организации в ней централизованной предстерилизационной обработки инструментария в кабинетах

допускается наличие одной раковины. В операционном блоке раковины устанавливаются в предоперационной. В хирургических кабинетах, стерилизационных, предоперационых устанавливаются локтевые или сенсорные смесители.

4.5. Помещения зуботехнических лабораторий и стоматологических кабинетов, в которых проводятся работы с гипсом, должны иметь оборудование для осаждения гипса из сточных вод перед спуском в канализацию (гипсоуловители или др.).

4.6. Кабинеты оборудуют бактерицидными облучателями или другими устройствами обеззараживания воздуха, разрешенными для этой цели в установленном порядке. При использовании облучателей открытого типа выключатели должны быть выведены за пределы рабочих помещений.

5. Требования к микроклимату, отоплению, вентиляции

5.1. Системы отопления, вентиляции и кондиционирования воздуха должны соответствовать нормам проектирования и строительства жилых и общественных зданий и обеспечивать оптимальные параметры микроклимата и воздушной среды, в т. ч. по микробиологическим показателям.

5.2. Поверхность нагревательных приборов должна быть гладкой, допускающей легкую очистку и исключающей скопление микроорганизмов и пыли.

5.3. В операционных, предоперационных, наркозных, послеоперационных следует применять нагревательные приборы с гладкой поверхностью, устойчивой к ежедневному воздействию моющих и дезинфицирующих средств.

5.4. На постоянных рабочих местах, где медицинский персонал находится свыше 50 % рабочего времени или более 2 ч непрерывной работы, должны обеспечиваться параметры микроклимата в соответствии с табл. 5.1.

Таблица 5.1

Параметры микроклимата в помещениях постоянного пребывания сотрудников

Сезон	Температура, °С	Относительная влажность, %	Скорость движения воздуха, м/с
Холодный и переходный (среднесуточная температура наружного воздуха 10 °С и ниже)	18—23	60—40	0,2
Теплый (среднесуточная температура наружного воздуха 10 °С и выше)	21—25	60—40	0,2

5.5. Для мест временного пребывания работающих (специальные помещения зуботехнической лаборатории) параметры микроклимата представлены в табл. 5.2.

Таблица 5.2

Параметры микроклимата в помещениях временного пребывания сотрудников

Сезон	Температура, °С	Относительная влажность, %	Скорость движения воздуха, м/с
Холодный и переходный	17—25	не более 75	0,2—0,3
Теплый	не более 28	не более 65	0,2—0,5

5.6. Проектирование и эксплуатация вентиляционных систем должны исключать перетекание воздушных масс из «грязных» зон в «чистые».

5.7. Содержание лекарственных средств и вредных веществ в воздухе стоматологических медицинских организаций не должны превышать предельно допустимые концентрации.

5.8. Для обеспечения нормативных параметров микроклимата в производственных помещениях допускается устройство кондиционирования воздуха, в т. ч. с применением сплит-систем, предназначенных для использования в лечебно-профилактических учреждениях. Замену фильтров тонкой очистки необходимо проводить не менее 1 раза в 6 месяцев, если иное не предусмотрено производителем.

5.9. В стоматологических медицинских организациях, общей площадью не более 500 м^2, в помещениях класса чистоты Б и В (кроме операционных, рентгенкабинетов, кабинетов компьютерной и магнитно-резонансной томографии) допускается неорганизованный воздухообмен за счет проветривания помещений через открывающиеся фрамуги или естественная вытяжная вентиляция.

5.10. Система вентиляции от производственных помещений медицинских организаций, размещенных в жилых зданиях, должна быть отдельной от жилого дома в соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями к жилым зданиям и помещениям.

5.11. Автономные системы вентиляции должны предусматриваться для следующих помещений: операционных с предоперационными, стерилизационных, рентгенкабинетов (отдельных), производственных помещений зуботехнических лабораторий, санузлов.

5.12. В помещениях зуботехнических лабораторий местные отсосы и общеобменную вытяжную вентиляцию допускается объединить в одну вытяжную систему в пределах помещений лабораторий или в помещении вентиляционной камеры. Допускается устройство общей общеобменной приточной вентиляции для помещений лабораторий и других

помещений стоматологической медицинской организации, при этом подачу приточного воздуха в помещения лаборатории следует предусмотреть по самостоятельному воздуховоду, проходящему от вентиляционной камеры, с установкой на нем обратного клапана в пределах вентиляционной камеры.

5.13. В стоматологических кабинетах, не имеющих автономных вентиляционных каналов, допускается удаление отработанного воздуха от общеобменных систем вытяжной вентиляции на наружную стену здания, через устройства, обеспечивающие очистку воздуха от вредных химических веществ и запахов (фотокаталитические фильтры или другие устройства).

5.14. Технологическое оборудование зуботехнических лабораторий, в состав которого входят секции для очистки удаляемого воздуха от данного оборудования, а также оборудование замкнутого цикла не требуют дополнительные местные отсосы.

5.15. В зуботехнических лабораториях в зависимости от технологической части проекта предусматриваются местные отсосы от рабочих мест зубных техников, шлифовальных моторов, в литейной над печью, в паяльной, над нагревательными приборами и рабочими столами в полимеризационной. Воздух, выбрасываемый в атмосферу, следует очищать в соответствии с технологической характеристикой оборудования и материалов. Системы местных отсосов следует проектировать автономными от систем общеобменной вытяжной вентиляции стоматологических медицинских организаций.

5.16. Зуботехнические лаборатории на 1 или 2 рабочих места, в которых выполняются работы, не сопровождающиеся выделением вредных веществ (например: нанесение и обжиг керамической массы, обточка и другие работы), допускается размещать в жилых и общественных зданиях. Допускается неорганизованный воздухообмен в помещении путем проветривания через фрамуги или с помощью естественной вытяжной вентиляции с 2-кратным воздухообменом через автономный вентиляционный канал с выходом на кровлю или наружную стену без световых проемов.

5.17. В кабинетах, оснащенных рентгенологическим оборудованием (включая радиовизиографы), требования к вентиляции и кратности воздухообмена выполняются по технологическому разделу проектной документации, согласованной в установленном порядке.

5.18. В помещениях, к которым предъявляются требования асептических условий, предусматривается скрытая прокладка воздуховодов, трубопроводов, арматуры.

5.19. Вне зависимости от наличия систем принудительной вентиляции во всех кабинетах и помещениях, за исключением операционных, должно быть предусмотрено наличие легко открывающихся фрамуг.

5.20. В помещениях должны соблюдаться нормируемые показатели микробной обсемененности воздушной среды.

5.21. Обслуживание систем вентиляции и кондиционирования воздуха и профилактический ремонт проводятся ответственным лицом или по договору со специализированной организацией.

5.22. Устранение возникающих неисправностей и дефектов в системе вентиляции должно проводиться безотлагательно.

6. Требования к естественному и искусственному освещению

6.1. Все стоматологические кабинеты и помещения зуботехнических лабораторий (постоянные рабочие места) должны иметь естественное освещение.

6.2. Во вновь создаваемых стоматологических медицинских организациях окна стоматологических кабинетов, по возможности, следует ориентировать на северные направления (С, СВ, СЗ) во избежание значительных перепадов яркостей на рабочих местах за счет попадания прямых солнечных лучей, а также перегрева помещений в летнее время, особенно в южных районах.

6.3. На северные направления, по возможности, должны быть ориентированы основные помещения и литейные зуботехнической лаборатории для предупреждения перегрева помещений в летнее время.

6.4. В существующих стоматологических медицинских организациях, имеющих ориентацию окон, не соответствующую указанным в п. п. 6.2 и 6.3, рекомендуется прибегать к использованию солнцезащитных приспособлений (козырьки, солнцезащитные пленки, жалюзи). В операционных и хирургических кабинетах солнцезащитные средства типа жалюзи размещаются между оконными рамами.

6.5. Коэффициент естественного освещения на постоянных рабочих местах во всех стоматологических кабинетах и основных помещениях зуботехнической лаборатории должен соответствовать гигиеническим требованиям, установленным действующими санитарными нормативами.

6.6. При установке стоматологических кресел в два ряда в существующих кабинетах с односторонним естественным освещением следует пользоваться искусственным светом в течение рабочей смены, а врачи должны периодически меняться своими рабочими местами.

6.7. Расположение столов зубных техников в основных помещениях зуботехнической лаборатории должно обеспечивать левостороннее естественное освещение рабочих мест.

6.8. Все помещения стоматологических медицинских организаций должны иметь общее искусственное освещение.

6.9. Для общего люминесцентного освещения во всех стоматологических кабинетах и основных помещениях зуботехнической лаборато-

рии рекомендуются лампы со спектром излучения, не искажающим цветопередачу.

6.10. Светильники общего освещения должны размещаться с таким расчетом, чтобы не попадать в поле зрения работающего врача.

6.11. Рекомендуемые уровни освещенности рабочих поверхностей, принимаются в соответствии с главой I.

6.12. Стоматологические кабинеты, основные и полировочные помещения зуботехнической лаборатории кроме общего должны иметь и местное освещение в виде:

- стоматологических светильников на стоматологических установках;
- специальных (желательно бестеневых) рефлекторов для каждого рабочего места хирурга;
- бестеневых рефлекторов в операционных;
- светильников на каждом рабочем месте зубного техника в основных и полировочных помещениях.

6.13. Уровень освещенности от местных источников не должен превышать уровень общего освещения более чем в 10 раз.

6.14. Светильники местного и общего освещения должны иметь соответствующую защитную арматуру, предусматривающую их влажную очистку и предохраняющую органы зрения персонала от слепящего действия ламп.

7. Обеспечение радиационной безопасности при размещении и эксплуатации рентгеновских аппаратов и кабинетов

7.1. Общие требования к размещению рентгеновских аппаратов в стоматологических медицинских организациях.

7.1.1. Основные требования к размещению и эксплуатации рентгеновских аппаратов должны соответствовать положениям действующих санитарных правил, которые определяют основные критерии радиационной защиты, требования к рентгеновскому оборудованию и персоналу, основные требования к размещению рентгеновских аппаратов и их эксплуатации. В настоящей главе детализированы требования к размещению и эксплуатации рентгеновских аппаратов в стоматологических медицинских организациях.

При проведении рентгенологических исследований должен быть обеспечен учёт и регистрация доз облучения пациентов и персонала, которые должны быть отражены в радиационно-гигиеническом паспорте организации и формах государственной ежегодной статистической отчетности.

Для проведения рентгенологических исследований должна быть оформлена лицензия на осуществление деятельности с источником ионизирующего излучения.

7.1.2. На этапе организации деятельности с источниками ионизирующих излучений (ИИИ) осуществляется выбор помещений, в которых будут проводиться рентгенологические исследования: либо в отдельном рентгеновском, либо стоматологическом кабинете с установленным рентгеновским аппаратом. На этом этапе также определяется количество и вид рентгеновских аппаратов, площади и набор помещений для их размещения, а также необходимые дополнительные условия (освещение, вентиляция, электроснабжение, отопление, канализация). Выбранная схема размещения рентгеновского аппарата (в отдельном рентгеновском или стоматологическом кабинете) оформляется в виде технического задания на проектирование.

7.2. Особенности размещения рентгеновских аппаратов в отдельном рентгеновском кабинете.

7.2.1. Размещение рентгеновских аппаратов в рентгеновских кабинетах осуществляется на основании проекта. Разработка проекта проводится проектной организацией, имеющей лицензию на соответствующий вид деятельности, на основании технического задания заказчика. На проект оформляется санитарно-эпидемиологическое заключение в установленном порядке. Ввод в эксплуатацию и эксплуатация рентгеновских кабинетов, аппаратов производится в соответствии с гигиеническими требованиями к устройству и эксплуатации рентгеновских кабинетов, аппаратов и проведению рентгенологических исследований.

7.2.2. Устройство кабинета должно обеспечивать выполнение требований технической и нормативной документации.

7.2.3. Пол кабинета выполняется из непроводящих электрический ток материалов, натуральных или искусственных (линолеум, натуральный или искусственный камень, керамическая плитка и т. п.).

7.2.4. Организация воздухообмена в рентгеновском кабинете должна обеспечивать поддержание показателей микроклимата (температура, влажность) в соответствии с действующими гигиеническими нормативами и может обеспечиваться различными средствами (устройство приточно-вытяжной вентиляции, установка оконных вентиляторов, кондиционирование).

7.2.5. Персонал рентгеновского кабинета относится к группе А* и на него распространяются специальные требования, предусмотренные действующими санитарными правилами.

---

* СанПиН 2.6.1.1192—03 «Гигиенические требования к устройству и эксплуатации рентгеновских кабинетов, аппаратов и проведению рентгенологических исследований»; зарегистрировано в Минюсте России 19.03.2003 г., регистрационный номер 4282. СанПиН 2.6.1.2523—09 «Нормы радиационной безопасности (НРБ-99/2009)"; зарегистрировано в Минюсте России 14.08.2009 г., регистрационный номер 14534.

7.3. Особенности размещения рентгеновских аппаратов в стоматологическом кабинете.

7.3.1. В стоматологическом кабинете может размещаться рентгеновский аппарат для прицельных снимков с цифровым приемником изображения, не требующим фотолабораторной обработки, и с рабочей нагрузкой до 40 (мА × мин)/неделя. Размещение ортопантомографа в стоматологическом кабинете не разрешается. Рентгеновский аппарат в стоматологическом кабинете предназначен только для обслуживания пациентов данного кабинета. Дополнительные площади для размещения рентгеновского аппарата в стоматологическом кабинете, соответствующем санитарным нормативам, не требуются. Также не предъявляются дополнительные требования по освещению, вентиляции, отоплению.

7.3.2. Размещение рентгеновского аппарата в стоматологическом кабинете допускается проводить на основе проектных материалов, содержащих:

- схему размещения рентгеновского аппарата;
- расчет радиационной защиты рабочих мест персонала, смежных помещений, мест размещения других пациентов (если в кабинете при проведении рентгенологического исследования могут находиться другие пациенты), прилегающей территории.

7.3.3. Защита персонала может осуществляться расстоянием, временем, экранами (установка защитной ширмы), применением средств индивидуальной защиты (защитные фартуки, очки и другие).

7.3.4. Работники, проводящие рентгенологические исследования пациентов, относятся к персоналу группы А. Остальные работники, рабочие места которых находятся в стоматологическом кабинете, в котором проводятся рентгенологические исследования, относятся к персоналу группы Б. На них распространяются требования к персоналу, установленные основными санитарными правилами обеспечения радиационной безопасности.

7.3.5. Если при проведении рентгенологических исследований в стоматологическом кабинете могут находиться не участвующие в них пациенты, в местах их нахождения мощность дозы рентгеновского излучения, приведенная к стандартной рабочей нагрузке рентгеновского аппарата, не должна превышать 1,0 мкЗв/ч. Для выполнения этого условия, при необходимости, могут использоваться стационарные или передвижные средства радиационной защиты.

7.4. Основные этапы реализации требований обеспечения радиационной безопасности при вводе аппаратов в эксплуатацию, оформлении и продлении действия лицензии.

7.4.1. Для реализации требований санитарных правил администрация должна обеспечить проведение комплекса мероприятий по соблюдению требований радиационной безопасности и оформлению документов:

- лицензия на деятельность с источниками ионизирующих излучений;
- санитарно-эпидемиологическое заключение на деятельность с источниками ионизирующих излучений (ИИИ);
- санитарно-эпидемиологическое заключение на рентгеновский аппарат или его заверенная копия;
- заверенная копия свидетельства о государственной регистрации рентгеновского аппарата;
- санитарно-эпидемиологическое заключение на проект (рентгеновский кабинет) или проектные материалы (стоматологический кабинет с рентгеновским аппаратом);
- эксплуатационная документация на рентгеновский аппарат;
- технический паспорт на рентгеновский кабинет;
- протокол дозиметрических измерений на рабочих местах, в смежных помещениях и на прилегающей территории;
- протокол исследования эксплуатационных параметров рентгеновского аппарата;
- протокол испытания передвижных и индивидуальных средств защиты;
- акты проверки заземления;
- акты проверки эффективности работы вентиляции (при наличии приточно-вытяжных вентиляционных систем с механическим побуждением);
- заключение медицинской комиссии о прохождении персоналом группы А предварительных и периодических медицинских осмотров;
- приказ о допуске сотрудников к работе с ИИИ и отнесении их к персоналу группы А;
- приказ на лицо, ответственное за радиационную безопасность;
- документы, подтверждающие учет индивидуальных доз облучения пациентов;
- программа производственного контроля по обеспечению радиационной безопасности (допускается как раздел общего плана производственного контроля медицинской организации);
- наличие у сотрудников, работающих с рентгеновским аппаратом, документов, подтверждающих обучение правилам работы на аппарате;
- инструкция по охране труда и радиационной безопасности, предупреждению и ликвидации радиационных аварий;

• журнал регистрации инструктажа на рабочем месте;

• карточки учёта индивидуальных доз облучения персонала по результатам индивидуального дозиметрического контроля персонала группы А.

8. Санитарно-противоэпидемические мероприятия

8.1. Требования к организации и проведению дезинфекционных и стерилизационных мероприятий.

8.1.1. Мероприятии по дезинфекции и стерилизации в стоматологических медицинских организациях выполняются в соответствии с главами I и II настоящих правил.

8.1.2. Все стоматологические кабинеты должны быть обеспечены изделиями медицинской техники и медицинского назначения в количестве, достаточном для бесперебойной работы с учетом времени, необходимого для их обработки между манипуляциями у пациентов: на каждое рабочее место врача-стоматолога – не менее 6 наконечников (по два угловых, прямых, турбинных), на каждое посещение – индивидуальный смотровой стоматологический комплект, состоящий из набора инструментов (лоток, зеркало стоматологическое, пинцет зубоврачебный, зонд стоматологический), пакет с ватными валиками, пакет с пинцетом (для работы со стерильными инструментами, необходимыми для каждого пациента). При необходимости набор доукомплектовывают другими инструментами (зонд стоматологический пуговчатый, зонд пародонтологический градуированный, гладилки, шпатель, экскаваторы и др.).

8.1.3. Стерильные изделия выкладывают на стоматологический столик врача (на стерильный лоток или стерильную салфетку) непосредственно перед манипуляциями у конкретного пациента.

Под рабочей поверхностью стола (на полке, в ящике), допускается размещать приборы и аппараты для проведения различных стоматологических манипуляций, пломбировочные материалы.

8.1.4. Нагрудные салфетки после каждого пациента подлежат смене. Одноразовые салфетки утилизируются, многоразовые сдаются в стирку.

8.1.5. Для ополаскивания рта водой используют одноразовые или многоразовые стаканы индивидуально для каждого пациента.

8.2. Требования к санитарному содержанию помещений.

8.2.1. Влажную уборку помещений проводят не менее двух раз в день (между сменами и после окончания работы) с использованием моющих и дезинфицирующих средств (по режимам дезинфекции при бактериальных инфекциях) способами орошения и/или протирания.

Мытье оконных стекол должно проводиться не реже 1 раза в месяц изнутри и не реже 1 раза в 3 месяца снаружи (весной, летом и осенью).

8.2.2. Дезинфекцию поверхностей предметов, находящихся в зоне лечения (столик для инструментов, кнопки управления, клавиатура, воздушный пистолет, светильник, плевательница, подголовник и подлокотники стоматологического кресла) проводят после каждого пациента. Для этих целей используют дезинфицирующие средства, разрешенные к применению в присутствии пациентов, обладающие широким спектром антимикробного (вирулицидное, бактерицидное, фунгицидное – с активностью в отношении грибов рода Кандида) действия. Выбор режимов дезинфекции проводят по наиболее устойчивым микроорганизмам – между вирусами или грибами рода Кандида (в туберкулезных медицинских организациях – по микобактериям туберкулеза).

8.2.3. Один раз в неделю в операционном блоке, хирургическом кабинете, стерилизационной (автоклавной) проводят генеральную уборку помещений. Для дезинфекции применяют дезинфицирующие средства, обладающие широким спектром антимикробного (вирулицидное, бактерицидное, фунгицидное – с активностью в отношении грибов рода Кандида) действия. Выбор режимов дезинфекции проводят по наиболее устойчивым микроорганизмам – между вирусами или грибами рода Кандида (в туберкулезных медицинских организациях – по микобактериям туберкулеза).

В остальных подразделениях генеральную уборку проводят один раз в месяц, используя дезинфицирующие средства по режимам, эффективным в отношении вегетативных форм бактерий.

8.2.4. При проведении текущих и генеральных уборок выполняются также требования глав I и II настоящих правил

8.3. Дезинфекция, предстерилизационная очистка и стерилизация изделий медицинской техники и медицинского назначения.

8.3.1. Изделия медицинской техники и медицинского назначения после применения подлежат дезинфекции независимо от дальнейшего их использования (изделия однократного и многократного применения). Дезинфекцию можно проводить физическими и химическими методами. Выбор метода зависит от особенностей изделия и его назначения.

8.3.2. Для дезинфекции изделий медицинской техники и медицинского назначения применяют дезинфицирующие средства, обладающие широким спектром антимикробного (вирулицидное, бактерицидное, фунгицидное – с активностью в отношении грибов рода Кандида) действия. Выбор режимов дезинфекции проводят по наиболее устойчивым

микроорганизмам – между вирусами или грибами рода Кандида (в туберкулезных медицинских организациях – по микобактериям туберкулеза).

8.3.3. При проведении дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации растворами химических средств изделия медицинского назначения погружают в рабочий раствор средства (далее – раствор) с заполнением каналов и полостей. Разъемные изделия погружают в разобранном виде, инструменты с замковыми частями замачивают раскрытыми, сделав этими инструментами в растворе несколько рабочих движений.

8.3.4. Объем емкости для проведения обработки и объем раствора средства в ней должны быть достаточными для обеспечения полного погружения изделий медицинского назначения в раствор; толщина слоя раствора над изделиями должна быть не менее одного сантиметра.

8.3.5. Дезинфекцию способом протирания допускается применять для тех изделий медицинской техники и медицинского назначения, которые не соприкасаются непосредственно с пациентом или конструкционные особенности которых не позволяют применять способ погружения (наконечники, переходники от турбинного шланга к наконечникам, микромотор к механическим наконечникам, наконечник к скелеру для снятия зубных отложений, световоды светоотверждающих ламп). Для этих целей не рекомендуется использовать альдегидсодержащие средства. Обработку наконечников после каждого пациента допускается проводить следующим образом: канал наконечника промывают водой, прочищая с помощью специальных приспособлений (мандрены и т. п.), и продувают воздухом; наконечник снимают и тщательно протирают его поверхность (однократно или двукратно – до удаления видимых загрязнений) тканевыми салфетками, смоченными питьевой водой, после чего обрабатывают одним из разрешенных к применению для этой цели дезинфицирующих средств (с учетом рекомендаций фирмы-производителя наконечника), а затем в паровом стерилизаторе.

8.3.6. После дезинфекции изделия медицинского назначения многократного применения должны быть отмыты от остатков дезинфицирующего средства в соответствии с рекомендациями, изложенными в инструкции по применению конкретного средства.

8.3.7. Дезинфекцию стоматологических оттисков, заготовок зубных протезов проводят после применения у пациентов перед направлением в зуботехническую лабораторию и после их получения из зуботехнической лаборатории непосредственно перед применением. Выбор дезинфицирующего средства обусловлен видом оттискного материала. После

дезинфекции изделия промывают питьевой водой для удаления остатков дезинфицирующего средства.

8.3.8. Обеззараживание стоматологических отсасывающих систем проводят после окончания работы, для чего через систему прокачивают раствор дезинфицирующего средства, рекомендованного для этих целей; заполненную раствором систему оставляют на время, указанное в инструкции по применению средства. После окончания дезинфекционной выдержки раствор из системы сливают и промывают ее проточной водой.

8.3.9. Полировочные насадки, карборундовые камни, предметные стекла подлежат дезинфекции, очистке и стерилизации.

8.3.10. В физиотерапевтическом отделении дезинфекции подвергают съемные десневые и точечные электроды, тубусы к аппарату КУФ (коротковолновый ультрафиолетовый облучатель), световоды лазерной установки, стеклянные электроды к аппарату дарсонвализации. Для аппликаций во рту используют стерильный материал.

8.3.11. При наличии в стоматологической медицинской организации более трех стоматологических кресел, предстерилизационную очистку и стерилизацию проводят в специально выделенных помещениях – стерилизационных (автоклавных), с выделением «чистых» и «грязных» зон и соблюдением поточности.

В остальных случаях предстерилизационную очистку и стерилизацию изделий медицинского назначения допускается проводить в кабинетах, для чего в них должно быть установлено необходимое оборудование.

Предстерилизационную очистку изделий осуществляют после дезинфекции или при совмещении с дезинфекцией в одном процессе (в зависимости от применяемого средства) ручным или механизированным (в соответствии с инструкцией по эксплуатации, прилагаемой к конкретному оборудованию) способом.

8.3.12. Качество предстерилизационной очистки изделий оценивают путем постановки азопирамовой или амидопириновой пробы на наличие остаточных количеств крови, а также путем постановки фенолфталеиновой пробы на наличие остаточных количеств щелочных компонентов моющих средств (только в случаях применения средств, рабочие растворы которых имеют pH более 8,5) в соответствии с действующими методическими документами и инструкциями по применению конкретных средств.

8.3.13. Контроль качества предстерилизационной очистки проводят ежедневно. Контролю подлежат: в стерилизационной – 1 % от каждого наименования изделий, обработанных за смену; при децентрализованной обработке – 1 % одновременно обработанных изделий каждого наименования, но не менее трех единиц. Результаты контроля регистрируют в журнале.

8.3.14. Стерилизации подвергают все инструменты и изделия, контактирующие с раневой поверхностью, кровью или инъекционными препаратами, а также отдельные виды медицинских инструментов, которые в процессе эксплуатации соприкасаются со слизистой оболочкой и могут вызвать ее повреждения:

• стоматологические инструменты: пинцеты, зонды, шпатели, экскаваторы, штопферы, гладилки, коронкосниматели, скеллеры, стоматологические зеркала, боры (в т. ч. с алмазным покрытием) для всех видов наконечников, эндодонтические инструменты, штифты, стоматологические диски, фрезы, разделительные металлические пластинки, матрицедержатели, ложки для снятия оттисков, инструменты для снятия зубных отложений, пародонтальные хирургические инструменты (кюретки, крючки разных модификаций и др.), инструменты для пломбирования каналов зуба (плагеры, спредеры), карпульные шприцы, различные виды щипцов и кусачек для ортодонтического кабинета, пылесосы;

• ультразвуковые наконечники и насадки к ним, наконечники, съемные гильзы микромотора к механическим наконечникам, канюли к аппарату для снятия зубного налета;

• хирургические инструменты: стоматологические щипцы, кюретажные ложки, элеваторы, долота, наборы инструментов для имплантологии, скальпели, корнцанги, ножницы, зажимы, гладилки хирургические, шовные иглы;

• лотки для стерильных изделий медицинского назначения, инструменты для работы со стерильным материалом, в т. ч. пинцеты и емкости для их хранения.

8.3.15. Стерилизацию изделий медицинского назначения, применяемых в стоматологии, осуществляют физическими (паровой, воздушный, инфракрасный, применение среды нагретых стеклянных шариков) или химическими (применение растворов химических средств, газовый, плазменный) методами согласно действующим документам, используя для этого соответствующие стерилизующие агенты и типы оборудования, разрешенные к применению в установленном порядке. Выбор адекватного метода стерилизации зависит от особенностей стерилизуемых

изделий. Стерилизацию осуществляют по режимам, указанным в инструкции по применению конкретного средства и руководстве по эксплуатации стерилизатора конкретной модели.

При стерилизации воздушным методом запрещается использование оборудования, относящегося к лабораторному (шкафы типа ШСС).

8.3.16. Наконечники, в т. ч. ультразвуковые, и насадки к ним, эндодонтические инструменты с пластмассовыми хвостовиками стерилизуют только паровым методом.

8.3.17. В гласперленовых стерилизаторах допускается стерилизовать боры различного вида и другие мелкие инструменты при полном погружении их в среду нагретых стеклянных шариков. Не рекомендуется использовать данный метод для стерилизации более крупных стоматологических инструментов с целью стерилизации их рабочих частей.

8.3.18. Инфракрасным методом стерилизуют изделия из металлов: стоматологические щипцы, стоматологические микрохирургические инструменты, боры твердосплавные, головки и диски алмазные, дрильборы, каналонаполнители и другие.

8.3.19. Химический метод стерилизации с применением растворов химических средств допускается применять для стерилизации только тех изделий, в конструкции которых использованы термолабильные материалы, не позволяющие использовать другие методы стерилизации.

Для химической стерилизации применяют растворы альдегид- или кислородсодержащих средств, или некоторых хлорсодержащих компонентов, обладающие спороцидным действием.

Во избежание разбавления рабочих растворов, особенно используемых многократно, погружаемые в них изделия должны быть сухими.

При стерилизации растворами химических средств все манипуляции проводят строго соблюдая правила асептики; используют стерильные емкости для стерилизации и отмывания изделий стерильной питьевой водой от остатков средства. Изделия промывают согласно рекомендациям, изложенным в инструкции по применению конкретного средства.

8.3.20. При паровом, воздушном, газовом и плазменном методах изделия стерилизуют в упакованном виде, используя стерилизационные упаковочные одноразовые материалы или многоразовые контейнеры (стерилизационные коробки с фильтрами), разрешенные применительно к конкретному методу стерилизации в установленном порядке.

Хранение изделий, простерилизованных в упакованном виде, осуществляют в шкафах, рабочих столах. Сроки хранения указываются на упаковке и определяются видом упаковочного материала и инструкцией по его применению.

8.3.21. Стерилизация изделий в неупакованном виде допускается только при децентрализованной системе обработки в следующих случаях:

• при использовании растворов химических средств для стерилизации изделий, в конструкции которых использованы термолабильные материалы;

• при стерилизации стоматологических металлических инструментов термическими методами (гласперленовый, инфракрасный, воздушный, паровой) в портативных стерилизаторах.

Все изделия, простерилизованные в неупакованном виде, целесообразно сразу использовать по назначению. Запрещается перенос их из кабинета в кабинет. При необходимости инструменты, простерилизованные в неупакованном виде одним из термических методов, после окончания стерилизации допускается хранить в разрешенных к применению в установленном порядке бактерицидных (оснащенных ультрафиолетовыми лампами) камерах в течение срока, указанного в руководстве по эксплуатации оборудования, а в случае отсутствия таких камер – на стерильном столе не более 6 ч. Изделия медицинского назначения, простерилизованные в стерилизационных коробках, допускается использовать в течение не более 6 ч после их вскрытия.

8.3.22. Бактерицидные камеры, оснащенные ультрафиолетовыми лампами, допускается применять только с целью хранения инструментов для снижения риска их вторичной контаминации микроорганизмами в соответствии с инструкцией по эксплуатации. Запрещается применять такое оборудование с целью дезинфекции или стерилизации инструментов.

8.3.23. При стерилизации изделий в неупакованном виде воздушным методом не допускается хранение простерилизованных изделий в воздушном стерилизаторе и их использование на следующий день после стерилизации.

8.3.24. При стерилизации химическим методом с применением растворов химических средств отмытые стерильной водой простерилизованные изделия используют сразу по назначению или помещают на хранение в стерильную стерилизационную коробку с фильтром, выложенную стерильной простыней, на срок не более 3 суток.

8.3.25. Все манипуляции по накрытию стерильного стола проводят в стерильном халате, маске и перчатках с использованием стерильных простыней. Обязательно делают отметку о дате и времени накрытия стерильного стола. Стерильный стол накрывают на 6 ч. Не использованные в течение этого срока материалы и инструменты со стерильного стола направляют на повторную стерилизацию.

8.3.26. Не допускается использование простерилизованных изделий медицинского назначения с истекшим сроком хранения после стерилизации.

8.3.27. Учет стерилизации изделий медицинского назначения ведут в журнале.

8.3.28. Контроль стерилизации осуществляется в соответствии с требованиями глав I и II настоящих правил.

VI. Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, оборудованию и эксплуатации фельдшерско-акушерских пунктов, амбулаторий

1. Общие положения

1.1. Фельдшерско-акушерские пункты (ФАП), амбулатории разворачиваются в сельской местности, где отсутствует возможность или нет необходимости предусматривать более мощные медицинские организации.

1.2. Все действующие ФАП, амбулатории должны иметь санитарно-эпидемиологические заключения о соответствии санитарным правилам согласно заявленным на лицензирование видам медицинской деятельности, работ и услуг в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

1.3. Ввод в эксплуатацию реконструированных ФАП, амбулаторий подвергшихся перепланировке, перепрофилированию и переоборудованию, а также при временном использовании зданий и помещений под ФАП, осуществляется при наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам.

2. Гигиенические требования к размещению и территории

2.1. ФАП, амбулатории располагают на территории жилой застройки на расстоянии от общественных, промышленных, коммунальных, хозяйственных и других организаций в соответствии с требованиями, предъявляемыми к планировке и застройке населенных пунктов.

2.2. Земельный участок должен быть сухим, чистым, вдали от источников загрязнения атмосферного воздуха. Не допускается размещать учреждения на загрязненных территориях. Содержание токсичных и вредных веществ в почве и атмосферном воздухе, уровни физических факторов не должны превышать гигиенические нормы. Территория ФАП, амбулаторий должна быть благоустроена, озеленена, ограждена и освещена, иметь удобные подъездные пути и парковочную стоянку для санитарного транспорта.

2.3. Допускается размещение ФАП, амбулаторий в жилых и общественных зданиях. При размещении в жилых зданиях должен быть оборудован отдельный вход с улицы.

3. Гигиенические требования к зданиям, сооружениям и помещениям

3.1. Состав и площади основных и вспомогательных помещений зависят от численности обслуживаемого населения и определяются заданием на проектирование. Минимальные площади представлены в табл. 6.1.

Таблица 6.1

Рекомендуемые минимальный набор и площади помещений

ФАП с обслуживанием до 800 человек	ФАП/врачебная амбулатория с обслуживанием более 800 человек
Ожидальня – 10 м^2	Ожидальня – 12 м^2
Кабинет приема – не менее 12 м^2 (при установке гинекологического кресла дополнительно 8 м^2)	Кабинет приема – не менее 12 м^2
Процедурный кабинет, совмещенный с прививочным по графику работы – не менее 12 м^2	Процедурный кабинет – не менее 10 м^2
Помещение для хранения лекарственных средств 4 м^2	Прививочный кабинет – не менее 10 м^2
Помещение персонала с раздевалкой – 4—6 м^2	Смотровой кабинет с гинекологическим креслом – не менее 10 м^2
Хранение уборочного инвентаря, моющих и дезинфицирующих средств, чистого белья, временное хранение грязного белья организуется в специальных помещениях или шкафах вне производственных помещений	Стерилизационная – не менее 6 м^2
Санузел	Помещение для хранения лекарственных средств – 4 м^2
	Помещение персонала с раздевалкой – 4—6 м^2
	Помещение для уборочного инвентаря, моющих и дезинфицирующих средств – не менее 2 м^2
	Помещение для хранения грязного белья – не менее 2 м^2
	Санузел
Примечание. Для ФАП, амбулаторий обслуживающих население, проживающее на удаленных территориях, предусматривается помещение для временного пребывания больных до госпитализации. По заданию на проектирование набор и площади помещений могут быть расширены.	

3.2. Допускается размещение ФАП, амбулаторий в цокольных этажах зданий. В подвальных помещениях, имеющих естественное или искусственное освещение, допускается размещение санитарно-бытовых помещений.

3.3. Допускается совмещение туалетов для больных и персонала.

4. Требования к внутренней отделке помещений

4.1. Для внутренней отделки помещений используются материалы в соответствии с их функциональным назначением и разрешенные для применения в ЛПО в установленном порядке.

4.2. Поверхность стен, полов и потолков помещений должна быть гладкой, без дефектов (щелей, трещин, дыр и др.), легко доступной для влажной уборки и устойчивой при использовании моющих и дезинфицирующих средств.

4.3. Стены лечебно-диагностических кабинетов с сухим режимом, вестибюлей и других помещений рекомендуется окрашивать красками или облицовывать панелями, имеющими гладкую поверхность с герметичной заделкой швов. Для окраски потолков может применяться известковая или водоэмульсионная побелка. Полы должны обладать повышенными теплоизоляционными свойствами (деревянные полы, окрашенные влагостойкой краской, линолеум).

4.4. Покрытия пола не должны иметь дефектов должны быть гладкими, плотно пригнанными к основанию. При использовании линолеумных покрытий края линолеума у стен должны быть заведены на стены или подведены под плинтусы, которые должны быть плотно закреплены между стеной и полом. Швы примыкающих друг к другу листов линолеума должны быть пропаяны.

4.5. В помещениях с влажным режимом работы (прививочный, процедурный, санитарный узел и др.) стены отделываются влагостойким материалом на всю высоту помещения. Потолки окрашивают влагостойкими материалами. Для покрытия пола используются водонепроницаемые материалы и предусматривается гидроизоляция.

4.6. В местах установки раковин и других санитарных приборов, а также оборудования, эксплуатация которого связана с возможным увлажнением стен и перегородок, следует предусматривать отделку влагостойкими материалами (допускается окраска масляной краской) на высоту 1,6 м от пола и на ширину не менее 20 см от оборудования и приборов с каждой стороны.

5. Требования к водоснабжению и канализации

5.1. Здание ФАП, амбулаторий должны быть оборудованы системой централизованного водоснабжения или водопроводом от местных источников. При наличии собственного источника водоснабжения водопотребление на ФАП, амбулаториях возможно при наличии санитарно-эпидемиологического заключения на данный источник. В исключительных случаях, при невозможности устройства водопровода, допускается использование привозной воды в закрытых сменяемых емкостях, еже-

дневно подвергающихся мойке и дезинфекции. Качество воды для хозяйственно-питьевого назначения должно соответствовать требованиям санитарных правил.

5.2. Медицинские кабинеты ФАП, амбулаторий оборудуются горячим водоснабжением от централизованного или местного источника (допускается использование электронагревательных устройств проточного или накопительного действия). На случай отключения централизованного горячего водоснабжения для процедурных, перевязочных и других функциональных помещений, требующих соблюдения особого противоэпидемического режима, предусматривается резервный источник горячего водоснабжения.

5.3. В процедурных, перевязочных кабинетах должны быть установлены умывальники для мытья рук с подводкой горячей и холодной воды, оборудованные смесителями, дозаторами с жидким мылом и растворами антисептиков. В кабинетах, в которых проводится обработка инструментов, дополнительно предусматривается специальная раковина (или оборудуется 2-секционная раковина). В кабинетах консультативного приема при отсутствии в здании водопровода допускается проведение гигиенической обработки рук с помощью кожных антисептиков.

5.4. Для удаления сточных вод предусматривается система канализации (допускается использование выгребных септиков).

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

6.1. Системы отопления, вентиляции должны обеспечивать оптимальные условия микроклимата и воздушной среды помещений.

6.2. Нагревательные приборы должны иметь гладкую поверхность, допускающую легкую очистку.

6.3. Здание ФАП, амбулаторий оборудуются естественной вентиляцией (форточки, откидные фрамуги, оборудованные системой фиксации).

7. Гигиенические требования к естественному и искусственному освещению

7.1. Помещения ФАП, амбулаторий с постоянным пребыванием пациентов и персонала должны иметь естественное освещение.

7.2. Искусственная освещенность (общая и местная), источники света, типы ламп принимаются в соответствии с действующими нормативными документами.

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

7.4. В медицинских кабинетах необходимо устанавливать настенные или переносные светильники для осмотра больного.

8. Требования к инвентарю и технологическому оборудованию

8.1. В производственных помещениях должна использоваться медицинская мебель. Наружная и внутренняя поверхность медицинской мебели должна быть гладкой и выполнена из материалов, устойчивых к воздействию моющих и дезинфицирующих средств.

8.2. Расстановка медицинского и технического оборудования должна обеспечить свободный доступ при его эксплуатации и обработке.

8.3. Поверхность сидений (стулья, скамьи, банкетки и др.) для пациентов и персонала должна быть изготовлена из материалов с низкой теплопроводностью.

8.4. Для обеззараживания воздуха и поверхностей кабинеты оборудуют бактерицидными облучателями или другими устройствами обеззараживания воздуха, разрешенными для этой цели в установленном порядке. При использовании облучателей открытого типа выключатели должны быть выведены за пределы рабочих помещений. Методы применения ультрафиолетового бактерицидного излучения, правила эксплуатации и безопасности бактерицидных установок (облучателей) должны соответствовать гигиеническим требованиям.

9. Санитарно-противоэпидемические мероприятия

9.1. Медицинские работники должны выполнять мероприятия по профилактике внутрибольничных инфекций, предусмотренные санитарными правилами.

9.2. Все помещения, оборудование, медицинский и другой инвентарь должны содержаться в чистоте.

Влажная уборка помещений (обработка 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.

Мытье оконных стекол должно проводиться по мере необходимости, но не реже 2 раз в год.

Уборочный инвентарь (ведра, тазы, ветошь, швабры) должен иметь четкую маркировку с указанием помещений и видов уборочных работ, использоваться строго по назначению, обрабатываться и храниться в выделенном помещении (в шкафу вне медицинских кабинетов).

9.3. Генеральная уборка помещений с обработкой стен, полов, оборудования, инвентаря, светильников должна проводиться по графику не реже 1 раза в месяц.

Генеральная уборка (мойка и дезинфекция) процедурных и других помещений с асептическим режимом проводится один раз в неделю.

9.4. В случае выявления пациента с инфекционным заболеванием (подозрением на него) после его изоляции (госпитализации) проводится заключительная дезинфекция по режиму, предусмотренному для соответствующей инфекции.

9.5. В основных помещениях следует регулярно в плановом порядке проводить текущий ремонт помещений. Устранение возникших дефектов (ликвидация протечек на потолках и стенах, следов сырости, плесени, заделка трещин, щелей, выбоин, восстановление отслоившейся облицовочной плитки, дефектов напольных покрытий и др.) должно проводиться незамедлительно.

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

9.7. В помещениях ФАП, амбулаторий не должно быть синантропных членистоногих, крыс и мышевидных грызунов.

Проведение профилактической обработки (дезинфекции, дезинсекции, дератизации) помещений против синантропных членистоногих, крыс и мышевидных грызунов должно осуществляться в соответствии с требованиями санитарных правил.

9.8. Изделия медицинского назначения многократного применения, которые в процессе эксплуатации могут вызвать повреждение кожи, слизистой оболочки, соприкасаться с раневой поверхностью, контактировать с кровью или инъекционными препаратами, подлежат дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации в соответствии с действующими документами. Допускается проведение стерилизации на местах.

9.9. Стирка белья должна осуществляться в специальных прачечных или прачечной в составе медицинской организации. Режим стирки белья должен соответствовать действующим гигиеническим нормативам.

Допускается оборудование минипрачечной в здании ФАП, амбулатории. Минипрачечная должна иметь не менее двух помещений: первое – для сбора, временного хранения и стрики белья; второе – для сушки, глажения и временного хранения чистого белья.

9.10. Сбор, временное хранение и удаление отходов различных классов опасности осуществляются в соответствии с требованиями действующих санитарных правил.

9.11. Урны, установленные для сбора мусора у входа в здание, в местах отдыха и на территории должны очищаться от мусора ежедневно и содержаться в чистоте.

9.12. Контейнеры для сбора твердых бытовых отходов должны быть установлены на площадке с твердым покрытием, обеспечены

крышками, регулярно очищаться, мыться и дезинфицироваться после каждого опорожнения.

10. Гигиенические требования к условиям труда и личной гигиене медицинского и обслуживающего персонала

10.1. В основных функциональных, производственных помещениях и на рабочих местах медицинского, обслуживающего и другого персонала должны быть обеспечены гигиенические нормативы параметров микроклимата и воздушной среды.

10.2. Санитарно-бытовые помещения для персонала ФАП, амбулаторий должны быть оборудованы с соблюдением требований п. 15 главы I.

10.3. Персонал должен проходить предварительные при поступлении на работу и периодические медицинские осмотры и профилактические прививки в соответствии с законодательством Российской Федерации.

10.4. Медицинский персонал ФАП, амбулатории должен быть обеспечен комплектами сменной одежды: халатами, шапочками или косынками, масками, сменной обувью (тапочками) в количестве, обеспечивающем ежедневную смену одежды. Хранение ее надлежит осуществлять в индивидуальных шкафчиках, обеспечивающих раздельное хранение личной (домашней) и рабочей (санитарной) одежды, обуви и головных уборов.

В наличии постоянно должен быть комплект санитарной одежды для экстренной ее замены в случае загрязнения.

10.5. Немедицинский персонал, выполняющий работу (в т. ч. временную), должен иметь сменную одежду и обувь.

10.6. Врачи, фельдшера, медицинские сестры, акушерки должны быть обеспечены средствами индивидуальной защиты (перчатки, маски и др.). Все манипуляции, связанные с контактом с кровью и другими биологическими жидкостями, проводить в перчатках.

10.7. Обработка рук медицинского персонала проводится в соответствии с требованиями главы I настоящих санитарных правил.

10.8. Профилактические мероприятия при загрязнении кожи и слизистых работника кровью или другими биологическими жидкостями, а также при уколах и порезах проводятся в соответствии с требованиями главы I настоящих санитарных правил.

Приложение 1

Минимальные площади помещений

№ №	Наименование помещений	Площадь ($м^2$)
1	2	3
1. Площади на одну койку в палатах различного назначения и вместимости		
	1.1. Палаты на одну койку	
1	Интенсивной терапии, в т. ч. для ожоговых больных	18
2	Нейрохирургические, ортопедотравматологические, радиологические, ожоговые (кроме отделений интенсивной терапии), восстановительного лечения, медико-социальные (в т. ч. в хосписах), диагностические палаты, палаты для больных, передвигающихся с помощью кресел-колясок	12
3	Индивидуальная родовая палата с кроватью-трансформером	24
4	Индивидуальная родовая палата	30
5	Для новорождённых (изолятор)	6
6	Для детей до 7 лет с круглосуточным пребыванием матерей	12
7	Для взрослых или детей старше 7 лет с сопровождающим	14
8	Прочие, в т. ч. предродовые	10
	1.2. Палаты на две койки и более	
	Для взрослых и детей старше 7 лет	
9	Интенсивной терапии, реанимации	13
10	Нейрохирургические, ортопедотравматологические, радиологические, ожоговые (кроме отделений интенсивной терапии), восстановительного лечения, медико-социальные (в т. ч. в хосписах), диагностические палаты, палаты для больных, передвигающихся с помощью кресел-колясок	10
11	Инфекционные, в т. ч. туберкулезные	8
12	Психиатрические общего типа и наркологические	6
13	Психиатрические надзорные	7
14	Прочие, в т. ч. предродовые	7
	Для детей до 7 лет	
15	Интенсивной терапии, реанимации	13
16	С дневным пребыванием матерей	8
17	С круглосуточным пребыванием матерей	12
18	Нейрохирургические, ортопедотравматологические, радиологические, ожоговые (кроме отделений интенсивной терапии), восстановительного лечения, медико-социальные (в т. ч. в хосписах), диагностические палаты, палаты для больных, передвигающихся с помощью кресел-колясок	9
19	Инфекционные, в т. ч. туберкулезные	7
20	Психиатрические общего типа	5
21	Психиатрические надзорные	6
22	Прочие	6

Продолжение табл. 1

1	2	3
	Для детей до 1 г., в т. ч. для новорождённых	
23	Интенсивной терапии для новорождённых	9
24	Для детей с круглосуточным пребыванием матерей	10
25	Для детей с дневным пребыванием матерей	8
	В палатах без пребывания матерей:	
26	– на 1 кроватку	4,5
27	– на 1 кювез	6
	2. Консультативные, лечебные, диагностические помещения, помещения восстановительного лечения, общие для разных структурных подразделений	
28	Кабинет-офис для приема пациентов без проведения осмотра (психолог, юрист, социальный работник и др.)	10
29	Кабинет врача (фельдшера) для приема взрослых пациентов (без специализированных кресел, аппаратных методов диагностики, лечения и парентеральных вмешательств), кабинет предрейсовых/послерейсовых осмотров	12
30	Кабинет врача (фельдшера) для приема детей (без специализированных кресел, аппаратных методов диагностики, лечения и парентеральных вмешательств)	15
31	Кабинет врача, со специально оборудованным рабочим местом (гинеколог, уролог, проктолог, офтальмолог, оториноларинголог, генетик и др.)	18
32	Манипуляционная, смотровая с аппаратными методами диагностики и лечения, в т. ч. при кабинете врача-специалиста	16
33	Перевязочная	18
34	Процедурная для внутривенных вливаний, забора венозной крови, внутримышечных, внутрикожных инъекций, экстракорпоральной гемокоррекции, прививочный кабинет, процедурная врача-косметолога с парентеральными вмешательствами	12
35	Малая операционная	24
36	Предоперационная при малой операционной	6
37	Шлюз при малой операционной	4
38	Помещение (с туалетом) для временного пребывания пациента после амбулаторных оперативных вмешательств	6 на 1 место, но не менее 9
39	Комната приготовления аллергенов	6
39.1	Комната хранения и разведения вакцины БЦЖ, хранения вакцины против гепатита В в акушерском стационаре	6
40	Кабинет для занятий малых (до 5 человек) групп (логопедических, психотерапевтических и др.)	18
41	Кабинеты электросветолечения, теплолечения, лазерной терапии, магнитотерапии, кислородной терапии, иглорефлексотерапии, лечения электросном и др.	6 на 1 место, но не менее 12
42	Кабинет для занятий групп более 5 человек (логопедический, психотерапевтический, гипнотарий и др.)	4 на место, но не менее 24

Продолжение табл. 1

1	2	3
43	Шлюз при кабинетах врачебного приема	2
44	Темная комната офтальмолога	4
45	Аудиометрическая кабина (кроме кабин, поставляемых в виде готового изделия)	3
46	Процедурная эндоскопии	18
47	Помещение для мойки и обработки эндоскопов	8
48	Кабинет индивидуальной условно-рефлекторной терапии	12
49	Кабинет групповой условно-рефлекторной терапии	6 на 1 место, но не менее 20
50	Кабинет грязелечения, ванный зал	8 на 1 место (ванну), но не менее 12
51	Кабинет ингаляционной терапии	3 на 1 место, но не менее 10
52	Процедурные галотерапии, спелеотерапии и т. п.	6 на 1 место, но не менее 18
53	Солярий вертикальный	3 на 1 место, но не менее 12
54	Солярий горизонтальный	4 на 1 место, но не менее 12
55	Зал лечебной физкультуры для групповых занятий, тренажерный зал	5 на 1 место, но не менее 20
56	Зал обучения ходьбе	36
57	Кабинеты механотерапии, трудотерапии	4 на 1 место, но не менее 12
58	Кабинеты массажа, мануальной терапии	8 на 1 кушетку, но не менее 10
59	Душевой зал с кафедрой (площадь уточняется в зависимости от количества душей)	24
60	Помещения подводного душа-массажа, вихревых, вибрационных ванн, четырехкамерных ванн	12
61	Помещение контрастных ванн	32
62	Процедурная кабинета магнитно-резонансной томографии	25 (уточняется техническими требованиями оборудования)
63	Комната управления магнитно-резонансной томографии	10
64	Подготовительная пациента при кабинете магнитно-резонансной томографии	4
	3. Специфические помещения отдельных структурных подразделений	
	3.1. Приемные отделения	
65	Фильтр-бокс детских поликлиник, приемно-смотровой бокс стационаров	15

Продолжение табл. 1

1	2	3
66	Санитарный пропускник для пациентов	8 (с душем) 12 (с ванной)
67	Помещение (место) для хранения каталок и кресел-колясок	2 на каталку, 1 на кресло-коляску, но не менее 6
68	Фильтр для приема рожениц и беременных	8
69	Помещение временного хранения вещей больных	0,3 на 1 койку, но не менее 6
70	Предреанимационная	12
71	Реанимационный зал	30
72	Родовой бокс:	
	– уличный тамбур	2
	– помещение санитарной обработки рожениц	12
	– индивидуальная родовая палата с кроватью-трансформером – индивидуальная родовая палата	24 30
	– туалет	3
	– подготовительная с душем для персонала	4
	3.2. Прочие помещения палатных отделений	
73	Комната для игр детей, помещение дневного пребывания для детей и взрослых	0,8 на койку, но не менее 12
74	Пост дежурной медицинской сестры	6
75	Буфетная с оборудованием для мойки столовой посуды	15
76	Столовая для больных	1,2 на 1 посадочное место
77	Столовая для больных на креслах-колясках	2,5 на 1 посадочное место
78	Шлюз при палате	3
79	Туалет с умывальником при палате	3
80	Душевая при палате	3
81	Санузел (туалет, умывальник, душ)	6
82	Ванная с подъемником	12
83	Клизменная	8
	3.3. Операционные блоки, отделения реанимации и интенсивной терапии	
84	Операционная общепрофильная (в т.ч. эндоскопическая и лапароскопическая)	36
85	Операционная для проведения ортопедо-травматологических и нейрохирургических операций	42
86	Операционная для проведения операций на сердце с использованием АИК, рентгеноперационная	48
87	Предоперационная для одной общепрофильной операционной	10

Продолжение табл. 1

1	2	3
88	Предоперационная для двух общепрофильных (одной специализированной) операционных	12
89	Помещение подготовки больного, наркозная	12
90	Инструментально-материальная, помещения для хранения стерильного, шовного материалов, растворов	4 на каждую операционную, но не менее 10
91	Стерилизационная для экстренной стерилизации	10
92	Помещение разборки и мытья инструментов, в т. ч. эндоскопического оборудования	10, плюс 2 на каждую операционную свыше 4
93	Помещение для мойки и обеззараживания наркозно-дыхательной аппаратуры	12, плюс 2 на каждую операционную выше 4
94	Кладовая наркозно-дыхательной аппаратуры	8, плюс 2 на каждую операционную свыше 4
95	Помещение для хранения и подготовки крови и кровезаменителей к переливанию	8
96	Протокольная (предусматривается при наличии более 4-х операционных)	15
97	Помещение для хранения послеоперационных отходов	4
98	Помещение хранения и подготовки гипса и гипсовых бинтов	6
99	Перевязочная с ванной и подъемником для ожоговых больных	30
100	Комната психологической разгрузки	18
101	Помещение временного хранения трупов	6
	3.4. Отделения гемодиализа и детоксикации	
102	Диализный зал с постом дежурной медицинской сестры	14 на одно диализное место
103	Помещение водоподготовки	10
104	Склад солей	2 на каждое диализное место, но не менее 8
105	Кладовая растворов	1,5 на каждое диализное место, но не менее 8
106	Помещение ремонта диализных аппаратов	12
107	Процедурная для проведения перитонеального диализа	16

Продолжение табл. 1

1	2	3
	3.5. Диагностические лаборатории	
108	Лаборантская (в т.ч. гематологическая, биохимическая, эмбриологическая, гистологическая и др)	6 на каждое рабочее место, но не менее 12
109	Помещение приема и регистрации биоматериала для лабораторных исследований	8
110	Помещение взятия проб капиллярной крови	4 на каждое рабочее место, но не менее 9
111	Лаборатория срочных анализов	12
112	Автоклавная для обеззараживания	12
	3.6. Отделения производственной трансфузиологии	
113	Процедурная на 1 кресло со шлюзом для забора донорской крови, плазмафереза	4 на каждое кресло, но не менее 14+2
114	Бокс (с предбоксом) для фракционирования крови	10 + 4
115	Процедурная (со шлюзом) для аутоплазмафереза	14 + 2
116	Помещение для карантинизации плазмы, помещения хранения неапробированных компонентов крови, хранения кровезаменителей, временного хранения и выдачи крови и ее заменителей	10
117	Помещение отдыха доноров	12
	3.7. Лаборатория экстракорпорального оплодотворения (ЭКО)	
118	Малая операционная – предоперационная – шлюз для входа пациентов	24 8 2
119	Манипуляционная для взятия яйцеклетки и имплантации оплодотворенной яйцеклетки (предусматривается в случае отсутствия операционной)	18
120	Эмбриологическая лаборантская с кабинетом генетика	18 + 12
121	Помещение сдачи спермы	6
122	Криохранилище	10
	3.8. Патолого-анатомические отделения и бюро судебно-медицинской экспертизы	
123	Помещение приема трупов	6
124	Кладовая для хранения вещей умерших	4
125	Помещение хранения трупов с кассетным холодильным шкафом	определяется габаритами оборудования, но не менее12
126	Секционная на 1 стол	18 на стол и 12 на каждый последующий
127	Предсекционная	10
128	Комната приема и регистрации биопсийного и аутопсийного материала	6

Продолжение табл. 1

1	2	3
129	Препараторская	10
130	Фиксационная	6
131	Архив влажного аутопсийного и биопсийного материала	8
132	Архив микропрепаратов и блоков биопсий	8
133	Помещение одевания трупов	10
134	Кладовые консервирующих растворов, ядов и летучих веществ	6
135	Кладовая похоронных принадлежностей	6
136	Траурный зал	30
137	Помещение хранения трупов до отправки на кремацию	15
138	Помещение хранения урн с прахом до выдачи родственникам	6
139	Помещение священнослужителя	8
140	Кабинеты врачебного освидетельствования живых лиц	По площадям кабинетов для приема пациентов
141	Кабинет для работы с документами	10
142	Помещение хранения вещественных доказательств и ценностей	6
143	Архив гистологического материала	12
4. Вспомогательные, служебные и бытовые помещения, общие для всех структурных подразделений		
144	Кабинет заведующего отделением	16
145	Комната персонала	12
146	Помещение старшей медицинской сестры	10
147	Ординаторская	6 на одного врача, но не менее 12
148	Кабинет дежурного врача	10
149	Помещение для студентов*	
150	Помещение для преподавателей*	
151	Помещение сестры-хозяйки отделения	8
152	Помещение хранения чистого белья и постельных принадлежностей	4
153	Помещение хранения расходного материала и медикаментов	4
154	Помещение хранения наркотических средств и психотропных веществ	4
155	Медицинский архив	0,3 на одну койку, 4 на 100 посещений в смену, но не менее 12
156	Конференц-зал (с учетом эстрады и оснащения кресел пюпитрами)	0,9 на одно место

Продолжение табл. 1

1	2	3
157	Кладовая вещей больных	0,2 на одну койку
158	Гардеробная уличной одежды персонала	0,08 на один крючок
159	Гардеробная домашней и рабочей одежды персонала	0,5 на один индивидуальный шкаф
160	Вестибюль-гардеробная для посетителей	0,5 на одного посетителя
161	Раздевальная для пациентов при лечебных и диагностических кабинетах	1,3 на одно место, но не менее 2
162	Туалет с умывальником для персонала	3
163	Душ для персонала	3
164	Помещение временного хранения грязного белья	4
165	Помещение хранения предметов уборки и дезинфицирующих растворов	4
166	Помещение временного хранения медицинских отходов	4
167	Санитарная комната (временное хранение грязного белья, медицинских отходов, мойка суден)	8
168	Помещение для хранения передвижного рентгеновского аппарата, переносной аппаратуры	8
169	Помещение для слива	2
* В случае, если это учебные базы или клиники высших и средних учебных заведений. Площадь принимается по заданию проектирования.		

Приложение 2

Состав, набор и минимальные рекомендуемые площади помещений стоматологической медицинской организации*

Наименование помещений	Минимальная площадь, м^2	Примечания
1	2	3
Вестибюльная группа с регистратурой, гардеробом верхней одежды и ожидальней	10	На каждого взрослого пациента по 1,2 м^2 На каждого ребенка с учетом пребывания одного из родителей – 2 м^2
Кабинет врача (стоматолога-терапевта, хирурга, ортопеда, ортодонта, детского стоматолога)	14	С увеличением на 10 м^2 на каждую дополнительную стоматологическую установку (7 м^2 на дополнительное стоматологическое кресло без установки)
Кабинет врача в общеобразовательных учреждениях	12	
Кабинет гигиены рта	10	С учетом ограниченного объема лечебной помощи
Операционный блок: – предоперационная – операционная – комната временного пребывания пациента после операции	 6 20 4	 При отсутствии централизованной стерилизационной, инструментарий из операционной поступает на стерилизацию в предоперационную, где предусматривается стерилизационная, при этом площадь предоперационной увеличивается как минимум на 2 м^2
Рентгеновский кабинет на один дентальный рентгеновский аппарат для прицельных снимков	6**	Уменьшение площади возможно при соблюдении п. 7.2.1 настоящих санитарных правил
Стерилизационная	6	Площадь принимается в соответствии с технологическим обоснованием (габариты оборудования и пр.), но не менее 6 м^2
Зуботехническая лаборатория: – помещение зубных техников	7	4 м^2 на одного техника, но не более 10 техников в одном помещении
Специализированные помещения: – полимеризационная, гипсовочная, полировочная, паяльная	7	При наличии зуботехнической лаборатории на 1—2 штатные единицы зубных техников,

Продолжение табл. 2

1	2	3
		возможно ее размещение в 2-х кабинетах – в одном из кабинетов совмещаются процессы гипсовки, полировки, полимеризации, пайки, в другом – рабочее место зубного техника. При этом площадь обоих кабинетов должна быть не менее 14 м^2
литейная	4	В зависимости от технологии и габаритов оборудования площадь может быть изменена
Физиотерапевтическое отделение:		
– кабинет электросветолечения, лазеротерапии	12	6 м^2 на один аппарат
– кабинет гидротерапии	12	6 м^2 на один аппарат
– кабинет УВЧ, СВЧ и ультрафиолетового облучения	12	6 м^2 на один аппарат
– кабинет физиотерапии	12	6 м^{2}на один аппарат
Административные, подсобные и вспомогательные помещения:		
– кабинет заведующего (администратора)	8	На каждого работающего в смену по 1,5 м^2. Верхняя одежда может быть размещена в шкафу-купе
– комната персонала с гардеробом	6	
– кабинет старшей медицинской сестры	8	Может быть объединена с кабинетом старшей медицинской сестры, при этом площадь кабинета старшей медсестры не увеличивается
– помещение хранения медикаментов и наркотических материалов	6	
– помещения хранения изделий медицинского назначения	6	Могут размещаться в шкафах-купе в коридорах и подвальных помещениях
– кладовая грязного белья	3	
– кладовая чистого белья	3	
– туалет для пациентов	3	При количестве стоматологических кресел в стоматологической медицинской организации не более 3 допускается наличие одного туалета для пациентов и персонала
– туалет для персонала	3	

* В минимальный набор помещений для работы стоматологической медицинской организации входят: вестибюльная группа, кабинет врача-стоматолога, комната персонала, туалет, кладовая.

** Площади для других кабинетов и вспомогательных помещений рентгенологического отделения – в действующих санитарных правилах, регламентирующих требования к источникам ионизирующих излучений.

Приложение 3

Класс чистоты, рекомендуемый воздухообмен, допустимая и расчетная температура

Наименование помещений	Класс чистоты помещений	Санитарно-микробиологические показатели		Допустимая температура воздуха (расчетная)	Рекомендуемый воздухообмен в 1 ч, не менее*		Кратность вытяжки при естественном воздухообмене
		Общее количество микроорганизмов в 1 м³ воздуха (КОЕ/м³)			приток	вытяжка	
		до начала работы	во время работы				
1	2	3	4	5	6	7	8
Операционные, послеоперационные палаты, реанимационные залы (палаты), в т. ч. для ожоговых больных, палаты интенсивной терапии, родовые, манипуляционные-туалетные для новорождённых	А	Не более 200	Не более 500	21—24 (21)	100 % от расчетного воздухообмена, но не менее десятикратного для асептических помещений 80 % от расчетного воздухообмена, но не менее восьмикратного для септических помещений	80 % от расчетного воздухообмена, но не менее восьмикратного для асептических помещений расчетного воздухообмена, но не менее десятикратного для септических помещений	Не допускается
Послеродовые палаты, палаты для ожоговых больных, палаты для лечения пациентов в асептических условиях, в т. ч. для иммунокомпрометированных	Б	Не более 500	Не более 750	21—23 (22)	100 % от расчетного воздухообмена, но не менее десятикратного	100 % от расчетного воздухообмена, но не менее десятикратного	Не допускается
Послеродовые палаты с совместным пребыванием ребёнка, палаты для недоношенных, грудных, травмированных, новорождённых (второй этап выхаживания)	Б	Не более 500	Не более 750	23—27 (24)	100 % от расчетного воздухообмена, но не менее десятикратного	100 % от расчетного воздухообмена, но не менее десятикратного	Не допускается
Шлюзы в боксах и полубоксах инфекционных отделений	В	Не нормируется		22-24 (22)	По расчету, но не менее 5-ти кратного обмена		Не допускается

Продолжение табл.

1	2	3	4	5	6	7	8
Рентгеноперационные, в т. ч. ангиографические	Б	Не более 500	Не более 750	20—26 (20)	12	10	Не допускается
Стерилизационные при операционных	Б	Не более 500	Не более 750	20—27 (20)	3	–	2
ЦСО:							
– чистая и стерильная зоны (контроля, комплектования и упаковки чистых инструментов, помещения для подготовки перевязочных и операционных материалов и белья, стерилизации, экспедиции)	Б	Не более 500	Не более 750	20—27 (20)	100 % от расчетного воздухообмена, но не менее десятикратного	80 % от расчетного воздухообмена, но не менее восьмикратного	Не допускается
– грязная зона (приема, разборки, мытья и сушки медицинских инструментов и изделий медицинского назначения)	Г	Не нормируется	Не нормируется	20—27 (20)	80 % от расчетного воздухообмена, но не менее восьмикратного	100 % от расчетного воздухообмена, но не менее десятикратного	Не допускается
Боксы палатных отделений, боксированные палаты	В	Не нормируется	Не нормируется	20—26 (20)	Из расчёта 80 $м^3$/ч на 1 койку	Из расчёта 80 $м^3$/ч на 1 койку	2,5
Палатные секции инфекционного отделения, в т. ч. туберкулёзные	В	Не нормируется	Не нормируется	20—26 (20)	Из расчёта 80 $м^3$/ч на 1 койку	Из расчёта 80 $м^3$/ч на 1 койку	Не допускается
Палаты для взрослых больных, помещения для матерей детских отделений	В	Не нормируется	Не нормируется	20—26 (20)	Из расчёта 80 $м^3$/ч на 1 койку	Из расчёта 80 $м^3$/ч на 1 койку	2
Шлюзы перед палатами для новорождённых	В	Не нормируется	Не нормируется	22—24 (22)	По расчету, но не менее 5	–	Не допускается
Кабинеты врачей, помещения дневного пребывания пациентов, кабинеты функциональной диагностики, процедурные эндоскопии (кроме бронхоскопии)	В	Не нормируется	Не нормируется	20—27 (20)	Из расчёта 60 $м^3$/ч на 1 человека	Из расчёта 60 $м^3$/ч на 1 человека	1
Залы лечебной физкультуры	В	Не нормируется	Не нормируется	18—28 (18)	80 % от расчетного воздухообмена (80 $м^3$/ч на 1 занимающегося)	100 % от расчетного воздухообмена (80 $м^3$/ч на 1 занимающегося)	2

Продолжение табл.

1	2	3	4	5	6	7	8
Процедурные магнитно-резонансной томографии	В	Не нормируется	Не нормируется	20—23 (20)	100 % от расчетного воздухообмена на удаление теплоизбытков	100 % от расчетного воздухообмена на удаление теплоизбытков	Не допускается
Процедурные и асептические перевязочные, процедурные бронхоскопии	Б	Не более 300	Не нормируется	22—26 (20)	8	6	Не допускается
Процедурные с применением аминазина	В	Не нормируется	Не нормируется	22	8	10	Не допускается
Процедурные для лечения нейролептиками	В	Не нормируется	Не нормируется	18	–	3	2
Малые операционные	Б	Не более 500	Не более 750	20—24 (20)	10	5	1
Диспетчерские, комнаты персонала, комнаты отдыха пациентов после процедур	Г	Не нормируется	Не нормируется	20	Приток из коридора	1	1
Процедурные и раздевальные рентгендиагностических флюорографических кабинетов, кабинеты электросветолечения, массажный кабинет	Г	Не нормируется	Не нормируется	20—26 (20)	3	4	Не допускается
Комнаты управления рентгеновских кабинетов и радиологических отделений, фотолаборатории	Г	Не нормируется	Не нормируется	18 (18)	3	4	Не допускается
Монтажные и моечные кабинетов искусственной почки, эндоскопии, аппаратов искусственного кровообращения, растворные-деминерализационные	Г	Не нормируется	Не нормируется	18 (18)	–	3	2
Ванные залы (кроме радоновых), помещения подогрева парафина и озокерита, лечебные плавательные бассейны.	Г	Не нормируется	Не нормируется	25—29 (25)	3	5	3

Продолжение табл.

1	2	3	4	5	6	7	8
Помещения (комнаты) для санитарной обработки больных, душевые							
Раздевальные в отделениях водо- и грязелечения	Г	Не нормируется	Не нормируется	23—29 (23)	Приток по балансу вытяжки из ванных и грязевых залов		2
Помещения радоновых ванн, залы и кабинеты грязелечения для полосных процедур, душевые залы	Г	Не нормируется	Не нормируется	25—29 (25)	4	5	Не допускается
Помещения для хранения и регенерации грязи.	Г	Не нормируется	Не нормируется	12	2	10	Не допускается
Помещения приготовления раствора сероводородных ванн и хранения реактивов	Г	Не нормируется	Не нормируется	20	5	6	Не допускается
Помещения для стирки и сушки простыней, холстов, брезентов, грязевые кухни	Г	Не нормируется	Не нормируется	16	6	10	Не допускается
Кладовые (кроме хранения реактивов), технические помещения (компрессорные, насосные и т. п.), мастерские по ремонту аппаратуры, архивы	Г	Не нормируется	Не нормируется	18	–	1	1
Санитарные комнаты, помещения сортировки и временного хранения грязного белья, помещения мойки, носилок и клеенок, помещение сушки одежды и обуви выездных бригад.	Г	Не нормируется	Не нормируется	18	–	5	5
Кладовые кислот, реактивов и дезинфицирующих средств	Г	Не нормируется	Не нормируется	18	–	5	5

Продолжение табл.

1	2	3	4	5	6	7	8
Регистратуры, справочные вестибюли, гардеробные, помещения для приема передач больным, помещения выписки, ожидальни, буфетные, столовые для больных, молочная комната	Г	Не нормируется	Не нормируется	18	–	1	1
Помещение для мытья и стерилизации столовой и кухонной посуды при буфетных и столовых отделениях, парикмахерские для обслуживания больных	Г	Не нормируется	Не нормируется	18	2	3	2
Хранилища радиоактивных веществ, фасовочные и моечные в радиологических отделениях	Г	Не нормируется	Не нормируется	18	5	6	Не допускается
Помещения для рентген и радиотерапии	Г	Не нормируется	Не нормируется	20—26 (20)	По соответствующим санитарным правилам		
Кабинеты электро-свето-, магнито-, теплолечения, лечения ультразвуком	Г	Не нормируется	Не нормируется	20—27 (20)	2	3	Не допускается
Помещения дезинфекционных камер: – приемно-загрузочные – разгрузочные (чистые) отделения	Г	Не нормируется	Не нормируется	16	5 Из чистого помещения	5 Через «грязные» отделения	Не допускается
Секционные, музеи и препараторские при патолого-анатомических отделениях	Г	Не нормируется	Не нормируется	16—22 (16)	–	4	Не допускается
Помещения одевания трупов, выдачи трупов, кладовые похоронных принадлежностей, для обработки и подготовки	Г	Не нормируется	Не нормируется	14—20 (14)	–	3	Не допускается

Продолжение табл.

1	2	3	4	5	6	7	8
к захоронению инфицированных трупов, помещения для хранения хлорной извести							
Санузлы	Г	Не нормируется	Не нормируется	20—27 (20)	–	50 м^3 на 1 унитаз и 20 м^3 на 1 писсуар	3
Клизменная	Г	Не нормируется	Не нормируется	20—27 (20)	–	5	2
Клинико-диагностические лаборатории (помещения для исследований)	Г	Не нормируется	Не нормируется	20—26 (20)	–	3	2
Аптеки							
Помещения для приготовления лекарственных форм в асептических условиях	А	200	500	18	4	2	Не допускается
Ассистенская, дефектарская, заготовочная и фасовочная, закаточная и контрольно-маркировочная, стерилизационная-автоклавная, дистилляционная	Б	500	750	18	4	2	1
Контрольно-аналитическая, моечная, распаковочная	Г	Не нормируется	Не нормируется	18	2	3	1
Помещения хранения основного запаса:	Г	Не нормируется	Не нормируется	18			
А) лекарственных веществ, готовых лекарственных препаратов, в т. ч. и термолабильных, и предметов медицинского назначения; перевязочных средств					2	3	1
Б) минеральных вод, медицинской стеклянной и					–	1	1

Продолжение табл.

1	2	3	4	5	6	7	8
оборотной транспортной тары, очков и других предметов оптики, вспомогательных материалов, чистой посуды							
Помещения для приготовления и фасовки ядовитых препаратов и наркотиков	Г	Не нормируется	Не нормируется	18	–	3	3
Помещения для легко воспламеняющихся и горючих жидкостей	Г	Не нормируется	Не нормируется	18	–	10	5
* Кратность в графе «приток» указана для наружного воздуха. Расчетный воздухообмен должен обеспечивать выполнение требований к параметрам воздушной среды, указанной в данной таблице							

Приложение 4

Предельно допустимые концентрации (ПДК) и классы опасности вредных веществ в воздухе помещений лечебных организаций

№ п/п	Определяемое вещество	Нормативный документ	$ПДК_{м.р.}$ мг/м^3	$ПДК_{с.с.}$ мг/м^3	Класс опасности	Методики определения
1	Этоксиэтан (диэтиловый эфир)	ГН 2.2.5.1313—03	900	300	IV	МВИ № 46–07 ВНИИМС
2	Трихлорэтен (трихлорэтилен)	ГН 2.2.5.1313—03	30	10	III	МВИ № 64–04 ВНИИМС
3	Хлорэтан (этилхлорид, хлористый этил)	ГН 2.2.5.1313—03	50	–	IV	МВИ № 46–07 ВНИИМС
4	Азота оксиды (в пересчете на NO_2)	ГН 2.2.5.1313—03	5	–	III	Экспресс-метод г/анализатор МУК 4.1.2473—09
5	Формальдегид	ГН 2.2.5.1313—03	0,5	–	II	МУК 4.1.2469—09
6	Метил-2-метилпроп-2-еноат (метилметакрилат)	ГН 2.2.5.1313—03	20	10	III	МВИ № 64—04 ВНИИМС
7	Метил-2-метилпроп-2-еноат (метилметакрилат)	ГН 2.2.6.1338—03	0,1	0,01	III	МВИ № 64—04 ВНИИМС
8	Взвешенные вещества*	ГН 2.2.6.1338—03	0,5	0,15	III	РД 52.04.186—89
9	Кальций сульфат дигидрат (гипс)	ГН 2.2.5.1313—03	2	–	III	МУК 4.1.2468—09
10	Висмут и его неорганические соединения	ГН 2.2.5.1313—03	0,5	–	II	МУ 24 № 4836—88
11	Цирконий	ГН 2.2.5.1313—03	6	6	III	МУ 1—5 № 1636—77
12	Титан/титана оксид	ГН 2.2.5.1313—03	–	10	IV	МУ 4945—88
13	Хром(VI) триоксид	ГН 2.2.5.1313—03	0,03	0,01	I	МУ 4945—88, МУ 1—5 № 1633—77
14	диХром триоксид (по хрому III)	ГН 2.2.5.1313—03	3	1	III	МУ 4945—88

* В воздухе рабочей зоны взвешенные вещества не нормируются, нормируются различные виды пыли, в т. ч. гипс (кальций сульфат дигидрат).

Приложение 5

Нормируемые показатели естественного, искусственного и совмещенного освещения основных помещений медицинских организаций

Помещения	Рабочая поверхность и плоскость нормирования КЕО и освещенности (Г – горизонтальная, В – вертикальная) и высота плоскости над полом, м	Естественное освещение		Совмещенное освещение		Искусственное освещение				
		КЕО $e_н$, %		КЕО $e_н$, %						
		при верхнем или комбинированном освещении	при боковом освещении	при верхнем или комбинированном освещении	при боковом освещении	Освещенность, лк: при комбинированном освещении		при общем освещении	Показатель дискомфорта M, не более	Коэффициент пульсации освещенности, $K_п$, %, не более
						всего	от общего			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Палатные отделения										
Приемные фильтры, фильтры-боксы	Г-0,0	–	–	–	–	–	–	100	25	15
Палаты отделений для взрослых	Г-0,0	2,0	0,5	–	–	–	–	100	25	15
Палаты: детских отделений, для новорождённых; интенсивной терапии, послеоперационные, палаты матери и ребенка	Г-0,0	3,0	1,0	–	–	–	–	200	25	15
Классные комнаты детских стационаров/отделений	Г-0,8	4,0	1,5	–	–	–	–	500	15	10
Игровые комнаты	Г-0,0	4,0	1,5	–	–	–	–	400	15	10
Помещения приема пищи	Г-0,8	–	–	1,5	0,5	–	–	200	60	20
Процедурные, манипуляционные	Г-0,8	4,0	1,5	2,4	0,9	–	–	500	40	10
Посты медсестер	Г-0,8	–	–	1,5	0,4	–	–	300	40	15
Комнаты дневного пребывания	Г-0,8	2,5	0,7	1,5	0,4	–	–	200	60	20
Помещения хранения переносной аппаратуры	Г-0,0	–	–	–	–	–	–	75	–	–
Операционный блок, реанимационный зал, перевязочные, родовые отделения										
Операционная	Г-0,8	–	–	–	–	–	–	500	40	10
Родовая, диализационная, реанимационные залы, перевязочные	Г-0,8	4,0	1,5	2,4	0,9	–	–	500	40	10

Продолжение табл.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Предоперационная	Г-0,8	–	–	–	–	–	–	300	40	15
Монтажные аппаратов искусственного кровообращения, искусственной почки и т. д.	Г-0,8	–	–	–	–	–	–	400	20	10
Помещение хранения крови	Г-0,8	–	–	–	–	–	–	200	40	20
Помещение хранения и приготовления гипса	Г-0,8	–	–	–	–	–	–	75	–	–
Отделения консультативного приема, кабинеты диагностики и лечения										
Регистратуры, диспетчерские	Г-0,8	–	–	1,5	0,4	–	–	200	60	20
Кабинеты хирургов, акушеров, гинекологов, травматологов, педиатров, инфекционистов, дерматологов, аллергологов, стоматологов; смотровые		4,0	1,5	2,4	0,9	–	–	500	40	10
Кабинеты приема врачей других специальностей, фельдшеров (кроме приведенных выше)	Г-0,8	3,0	1,0	1,8	0,6	–	–	300	40	15
Темные комнаты офтальмологов	Г-0,8	–	–	–	–	–	–	20	–	10
Кабинеты функциональной диагностики, физиотерапии	Г-0,8	–	–	1,8	0,6	–	–	300	40	15
Процедурные эндоскопических кабинетов	Г-0,8	–	–	–	–	–	–	300	40	15
Процедурные рентгенодиагностики	Г-0,8	–	–	–	–	–	–	50	–	–
Процедурные радиологической диагностики и терапии	Г-0,8	–	–	–	–	–	–	400	40	10
Помещения бальнеотерапии, душевые залы	Г-0,8	–	–	–	–	–	–	200	60	20
Помещения трудотерапии	Г-0,8	3,0	1,0	1,8	0,6	–	–	300	40	15
Помещения для лечения сном, фотарии	Г-0,8	–	–	–	–	–	–	50	–	–

Продолжение табл.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Кабинеты массажа, лечебной физкультуры, тренажерные залы	Г-0,8	–	–	1,5	0,4	–	–	200	60	20
Помещения подготовки парафина, озокерита, обработки прокладок, стирки и сушки простыней, холстов, брезентов, регенерации грязи	Г-0,8	–	–	–	–	–	–	75	–	–
Лаборатории медицинских учреждений										
Помещения приема, выдачи и регистрации анализов, весовые, средоварные, помещения для окраски проб, центрифужные	Г-0,8	–	–	–	–	–	–	200	40	10
Лаборатории проведения анализов, кабинеты серологических исследований, колориметрические	Г-0,8	4,0	1,5	2,4	0,9	–	–	500	40	10
Препараторские, лаборантские общеклинических, гематологических, биохимических бактериологических, гистологических и цитологических лабораторий, кабинеты взятия проб, коагулографии, фотометрии	Г-0,8	3,0	1,0	1,8	0,6	–	–	300	40	15
Моечные лабораторной посуды, термостатная	Г-0,8	–	–	–	–	–	–	200	60	20
Аптеки										
Ассистентская, асептическая, аналитическая, фасовочная, заготовочная концентратов и полуфабрикатов, контрольно-маркировочная	Г-0,8	–	–	2,4	0,9	600	400	500	40	10
Моечные	Г-0,8	–	–	–	–	–	–	200	60	20
Помещения хранения лекарственных и перевязочных средств, посуды	Г-0,8	–	–	–	–	–	–	100	–	–

Продолжение табл.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Помещение хранения кислот, дезинфекционных средств, горючих и легковоспламеняющихся жидкостей	Г-0,8	–	–	–	–	–	–	75	–	–
Стерилизационные и дезинфекционные помещения										
Стерилизационная-автоклавная, помещение приема и хранения материалов	Г-0,8	–	–	–	–	–	–	200	40	20
Помещение подготовки инструментов	Г-0,8	–	–	–	–	–	–	200	40	20
Помещение ремонта и заточки инструментов	Г-0,8	–	–	–	–	–	–	300	40	15
Помещение дезинфекционных камер	Г-0,8	–	–	–	–	–	–	75	–	–
Патолого-анатомические отделения										
Секционная	Г-0,8	3,5	1,2	2,1	0,7	–	–	400	40	10
Предсекционная, фиксационная	Г-0,8	–	–	–	–	–	–	200	60	20
Помещения пищеблоков										
Раздаточные	Г-0,8	–	–	–	–	–	–	300	60	20
Горячие, холодные, доготовочные, заготовочные цехи	Г-0,8	–	–	–	–	–	–	200	60	20
Моечные посуды	Г-0,8	–	–	–	–	–	–	200	60	20
Загрузочные, кладовые	Г-0,8	–	–	–	–	–	–	75	–	–

Примечание. Освещенность помещений, не указанных в таблице, принимается в соответствии с требованиями санитарных норм по естественной и искусственной освещенности.

Приложение 6

Перечень изделий медицинской техники и медицинского назначения, используемых в медицинской и фармацевтической деятельности и подлежащих санитарно-эпидемиологической и гигиенической оценке:

- изделия медицинские из латекса и клеев;
- катетеры;
- мешки (дыхательных контуров);
- напальчники медицинские;
- перчатки анатомические, хирургические;
- средства предохранения (презервативы);
- изделия медицинские, санитарно-гигиенические и предметы ухода за больными;
- программно-технические комплексы для автоматизированных систем, автоматизации и обработки медицинской информации;
- бумага и изделия бытового, санитарно-гигиенического и медицинского назначения разового пользования (полотенца бумажные, платки носовые бумажные, пеленки и подгузники бумажные, салфетки бумажные, пакеты гигиенические женские и другие);
- оборудование кондиционирования воздуха, сантехническое, камбузное, медицинское и другое;
- устройства перевода речи и аппараты слуховые электронные;
- изделия медицинские метражные (марля, бинты, салфетки, повязки, полотна);
- вата и изделия ватные (из хлопковых, химических и шерстяных волокон);
- вата гигроскопическая (глазная, хирургическая, гигиеническая, оптическая);
- вата медицинская компрессная (нерасфасованная, расфасованная);
- изделия чулочно-носочные из синтетической пряжи и нитей медицинского назначения;
- изделия медицинские из хлопчатобумажной пряжи, искусственных и синтетических нитей и пряжи, чистошерстяной и полушерстяной пряжи в смеси с другими волокнами и нитями (пряжей) общего назначения – наколенники, налокотники, голеностопы, напульсники, фиксирующие повязки, чехлы для культей, оболочки для протезов;
- юбки, халаты, блузки, фартуки, жилеты, платья и сорочки рабочие и специального назначения;
- головные уборы рабочие и специального назначения;

• материалы хирургические, средства перевязочные специальные;

• лейкопластыри и пластыри (простой, бактерицидный, технический, мозольный, перцовый);

• изделия протезно-ортопедические;

• протезы (экзопротезы) для верхних и нижних конечностей;

• аппараты, изготовленные из полимерных материалов для верхних и нижних конечностей;

• туторы для верхних и нижних конечностей;

• корсеты, реклинаторы, обтураторы и прочие изделия;

• бандажи и изделия к протезно-ортопедической продукции (грыжевые, дородовые, послеродовые, лечебные, лифы);

• шприцы-инъекторы, шприцы многоразового и одноразового использования, изготовленные из полимерных материалов без игл;

• турбоингаляторы;

• инструменты медицинские из полимерных материалов;

• инструменты режущие с приводом;

• приборы и аппараты медицинские;

• приборы для медицины, биологии и физиологии;

• кардиокомплексы;

• приборы и аппараты для диагностики, кроме измерительных (в части измерений и оценки шумовых характеристик, электромагнитных полей);

• приборы эндоскопические и увеличительные;

• аппараты рентгеновские медицинские диагностические (в части измерений и оценки шумовых характеристик, электромагнитных полей);

• приборы радиодиагностические (в части измерений и оценки шумовых характеристик, электромагнитных полей);

• очки;

• приборы и аппараты для лечения;

• приборы и аппараты для электролечения низкочастотные;

• аппараты для электролечения высокочастотные и квантовые;

• приборы и аппараты для магнитотерапии;

• приборы и аппараты для воздействия ультрафиолетовыми и инфракрасными лучами;

• эндоскопы для лечения;

• приборы и аппараты радиотерапевтические, рентгенотерапевтические (в части измерений и оценки шумовых характеристик, электромагнитных полей);

• приборы и аппараты ультразвуковые;

• аппараты ингаляционного наркоза, вентиляции легких, аэрозольтерапии, компенсации и лечения кислородной недостаточности;

• аппараты вакуумно-нагнетательные, для вливания и ирригации;

• аппараты и устройства для замещения функций органов и систем организма;

• оборудование санитарно-гигиеническое, средства перемещения и перевозки, изготовленные с использованием полимерных и синтетических материалов, контактирующих с кожей человека;

• оборудование дезинфекционно-стерилизационное, моечное, для санитарной обработки, действующее на основе ультрафиолетового излучения, ультразвука, СВЧ;

• оборудование для очистки и обогащения воздуха;

• установки стоматологические;

• оборудование стоматологическое, зубопротезное, оториноларингологическое;

• линзы для коррекции зрения контактные мягкие.

Приложение 7

Допустимые уровни физических факторов, создаваемые изделиями медицинской техники

Таблица 1

Допустимые уровни звука, создаваемые изделиями медицинской техники

Тип изделия	Уровни звукового давления, в дБ, в октавных полосах со среднегеометрическими частотами, Гц									Уровень звука $L_{A(экв)}$/ $L_{Амакс}$, (дБА)
	31,5	63	125	250	500	1000	2000	4000	8000	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Оборудование, предназначенное для круглосуточного использования (для мониторинга в палатах пациентов, в отделениях реанимации и т. п.)	74	56	44	36	29	25	22	19	18	30 / 40
Оборудование, предназначенное для работы в повторно-кратковременном режиме, для использования старшим и средним медицинским персоналом или населением (программно-диагностические комплексы, приборы для функциональной диагностики, аэроионизационное оборудование, кислородные концентраторы и т. п.)	81	64	53	45	39	35	32	30	28	40 / 50
Оборудование, предназначенное для работы в непрерывном или повторно-кратковременном режиме, для использования старшим медицинским персоналом (аппараты ИВЛ и НДА, электрохирургическое оборудование, лазерные установки, ультразвуковые сканеры и т. п.)	81	64	53	45	39	35	32	30	28	40 / 50
Оборудование, предназначенное для работы в непрерывном и повторно-кратковременном режиме, для использования старшим и средним медицинским персоналом:										

Продолжение табл. 1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
– физиотерапевтическое, рентгенологическое оборудование, лечебные стоматологические установки и т. п.	86	71	61	54	49	45	42	40	38	50 / 60
– отсасыватели, ирригаторы, инсуффляторы, изделия медицинской техники, содержащие в составе насосы, компрессоры и т. п.	93	79	70	63	58	55	52	50	49	60 / 70
Оборудование, предназначенное для работы в кратковременном и повторно-кратковременном режиме, для использования старшим и средним медицинским персоналом (магнитно-резонансные томографы, литотриптеры и т. п.)*	93	79	70	63	58	55	52	50	49	60 / 80
Оборудование, предназначенное для непрерывной работы при кратковременном пребывании среднего и младшего медицинского персонала (стерилизационно-дезинфекционное, моечное оборудование и т. п.)	96	83	74	68	63	60	57	55	54	65 / 80
Оборудование, предназначенное для кратковременного использования средним медицинским персоналом (оборудование для зубопротезного производства и т. п.)	100	87	79	72	68	65	63	61	59	70 / 80

* Допускается превышение максимального уровня звука при условии использования комплекса мер защиты, обеспечивающего снижение воздействующих уровней до нормативных величин.

Таблица 2

Допустимые уровни воздушного ультразвука, создаваемого изделиями медицинской техники

Среднегеометрические частоты третьоктавных полос, кГц	12,5	16,0	20,0	25,0	31,5—100,0
Уровень звукового давления, дБ	70	80	90	95	100

Таблица 3

Допустимые уровни контактного ультразвука, создаваемого изделиями медицинской техники

Среднегеометрические частоты октавных полос, кГц	Пиковые значения виброскорости, м/с	Уровень виброскорости, дБ	Интенсивность, $Вт/см^2$
16—63	$5 \cdot 10^{-3}$	100	0,03
125—500	$8,9 \cdot 10^{-3}$	105	0,06
$1 \cdot 10^3$—$31,5 \cdot 10^3$	$1,6 \cdot 10^{-2}$	110	0,1

Таблица 4

Допустимые уровни инфразвука, создаваемого изделиями медицинской техники

Среднегеометрические частоты октавных полос, Гц	2	4	8	16
Уровень звукового давления, дБ	75	70	65	60
Примечание. Общий уровень звукового давления в диапазоне частот от 1,4 до 22 Гц не должен превышать 75 дБ.				

Таблица 5

Допустимые уровни общей вибрации, создаваемой изделиями медицинской техники, эксплуатируемыми в дневное время суток

Среднегеометрические частоты октавных полос, Гц	Допустимые значения по осям Xo, Yo, Zo			
	Виброускорение		Виброскорость	
	$м/с^2 \cdot 10^{-3}$	дБ	$м/с \cdot 10^{-4}$	дБ
2	10,0	80	7,9	84
4	11,0	81	4,5	79
8	14,0	83	2,8	75
16	28,0	89	2,8	75
31,5	56,0	95	2,8	75
63	110,0	101	2,8	75
Действующий корректированный или эквивалентный корректированный уровень	10	80	2,8	75

Таблица 6

Допустимые уровни общей вибрации, создаваемой изделиями медицинской техники, эксплуатируемыми круглосуточно

Среднегеометрические частоты октавных полос, Гц	Допустимые значения по осям Хо, Уо, Zo			
	Виброускорение		Виброскорость	
	$м/с^2 \cdot 10^{-3}$	дБ	$м/с \cdot 10^{-4}$	дБ
2	4,0	72	3,2	76
4	4,5	73	1,8	71
8	5,6	75	1,1	67
16	11,0	81	1,1	67
31,5	22,0	87	1,1	67
63	45,0	93	1,1	67
Действующий корректированный или эквивалентный корректированный уровень	4,0	72	1,1	67

Таблица 7

Допустимые уровни локальной вибрации в октавных полосах 8—1 000 Гц, создаваемой изделиями медицинской техники

Среднегеометрические частоты октавных полос, Гц	Допустимые значения по осям Хл, Ул, Zл			
	Виброускорение		Виброскорость	
	$м/с^2$	дБ	$м/с \cdot 10^{-3}$	дБ
8	0,45	113	8,9	105
16	0,45	113	4,5	99
31,5	0,89	119	4,5	99
63	1,8	125	4,5	99
125	3,5	131	4,5	99
250	7,0	137	4,5	99
500	14,0	143	4,5	99
1 000	28,0	149	4,5	99
Действующий корректированный или эквивалентный корректированный уровень	0,63	116	6,3	102

Примечание. При оценке локальной вибрации по величине полного среднеквадратичного значения корректированного виброускорения (a_{Σ}) уровни контролируемого показателя не должны превышать 0,5 $м/с^2$.

Таблица 8

Временные допустимые уровни локальной вибрации в $^1/_3$ и $^1/_1$ октавных полосах частот диапазона от 2 000 до 8 000 Гц

Среднегеометрические частоты, Гц	Допустимые значения по осям Хл, Ул, Zл							
	Виброускорение				Виброскорость			
	$м/с^2 \cdot 10^2$		дБ		$м/с \cdot 10^{-2}$		дБ	
	в $^1/_3$ октаве	в $^1/_1$ октаве	в $^1/_3$ октаве	в $^1/_1$ октаве	в $^1/_3$ октаве	в $^1/_1$ октаве	в $^1/_3$ октаве	в $^1/_1$ октаве
1 600	0,282		149		0,282		95	
2 000	0,355	0,631	151	156	0,282	0,501	95	100
2 500	0,447		153		0,282		95	
3 150	0,562		155		0,282		95	
4 000	0,708	1,259	157	162	0,282	0,501	95	100
5 000	0,891		159		0,282		95	
6 300	1,122		161		0,282		95	
8 000	1,413	2,512	163	168	0,282	0,501	95	100
10 000	1,778		165		0,282		95	

Таблица 9

Допустимые уровни электромагнитных полей диапазона частот 30 кГц—300 ГГц, создаваемых изделиями медицинской техники

Диапазоны частот	30—300 кГц	0,3—3 МГц	3—30 МГц	30—300 МГц	0,3—300 ГГц
	напряженность электрического поля, В/м				плотность потока энергии, $мкВт/см^2$
Допустимые уровни	25	15	10	3	10

Примечание. Допускается проводить одночисловую оценку напряженности электромагнитного поля, создаваемого изделиями медицинской техники в диапазоне частот от 30 кГц до 300 МГц, при отсутствии превышения допустимого уровня в 3 В/м.

Таблица 10

Допустимые уровни электрического и магнитного полей, создаваемых изделиями медицинской техники, работающими на частоте 20—22 кГц (установки индукционного нагрева и другие)

Контролируемый параметр	ПДУ
Напряженность электрического поля, кВ/м	0,5
Напряженность магнитного поля, А/м	4

Таблица 11

Временные допустимые уровни синусоидальных электромагнитных полей диапазона частот свыше 1 Гц до 50 Гц

Контролируемый параметр	Временный допустимый уровень
Напряженность электрического поля, кВ/м	25/ f*
Индукция магнитного поля, мкТл	250/ f*
* f – частота действующего электромагнитного поля	

Таблица 12

Временные допустимые уровни синусоидальных электромагнитных полей диапазона частот свыше 50 Гц до 10 кГц и свыше 10 кГц до 30 кГц

Контролируемый параметр	Временный допустимый уровень в диапазоне частот	
	свыше 50 Гц до 10 кГц	свыше 10 до 30 кГц
Напряженность электрического поля, В/м	50	25
Напряженность магнитного поля, А/м	4	–

Таблица 13

Допустимые уровни электрического и магнитного полей промышленной частоты (50 Гц), создаваемые изделиями медицинской техники

Контролируемый параметр	ПДУ
Напряженность электрического поля частотой 50 Гц, кВ/м	0,5
Напряженность (индукция) магнитного поля частотой 50 Гц, А/м (мкТл)	4(5)

Таблица 14

Временные допустимые уровни постоянного магнитного поля

Вид воздействия	Временные допустимые уровни магнитной индукции, мТл
Общее	1,0
Локальное	1,5
Примечание. Временные допустимые уровни ПМП установлены с учетом возможности действия фактора на отдельные особо важные участки и части тела человека (например, область сердца, голова и др.) при эксплуатации некоторых ИМТ, предназначенных для использования населением без специального контроля времени применения (например, магнитные стимуляторы, слуховые аппараты специальной конструкции и т. п.).	

Таблица 15

Временный допустимый уровень индукции импульсного магнитного поля с частотой следования импульсов свыше 0 Гц до 100 Гц

Контролируемый параметр	Временный допустимый уровень
Индукция импульсного магнитного поля с частотой следования импульсов свыше 0 до 100 Гц, мТл	0,175

Таблица 16

Допустимые уровни напряженности электростатического поля при работе изделий медицинской техники и электризуемости используемых материалов

Контролируемый параметр	ПДУ
Напряженность электростатического поля, кВ/м	15
Электростатический потенциал, В	500
Электризуемость материалов (по показателю напряженности электростатического поля), кВ/м	7

Таблица 17

Временные допустимые уровни электромагнитных полей, создаваемых изделиями медицинской техники, оснащенными видеодисплейными терминалами

Наименование параметра		ВДУ ЭМП
Напряженность электрического поля	в диапазоне частот 5 Гц—2 кГц	25 В/м
	в диапазоне частот 2—400 кГц	2,5 В/м
Плотность магнитного потока	в диапазоне частот 5 Гц—2 кГц	250 нТл
	в диапазоне частот 2—400 кГц	25 нТл
Электростатический потенциал экрана видеомонитора или напряженность электростатического поля		500 В 15 кВ/м

Таблица 18

Допустимые визуальные параметры устройств отображения информации изделий медицинской техники

Параметры	Допустимые значения
Яркость белого поля	Не менее 35 кд/м^2
Неравномерность яркости рабочего поля	Не более ± 20 %
Контрастность (для монохромного режима)	Не менее 3 : 1
Временная нестабильность изображения (непреднамеренное изменение во времени яркости изображения на экране дисплея)	Не должна фиксироваться

Таблица 19

Допустимые уровни излучений видимого и инфракрасного диапазонов от экранов изделий медицинской техники

Вид изделий	Спектральный диапазон	Длина волны, нм	Допустимая интенсивность излучения, Вт/м^2
Экраны видеомониторов, осциллографы приборов, плазменные панели приборов	Видимый	400—760	0,1
	Ближний ИК диапазон	760—1 050	0,05
	ИК диапазон	Свыше 1 050	4

Таблица 20

Допустимые параметры микроклимата в основных помещениях, предназначенных для эксплуатации изделий медицинской техники*

Параметры микроклимата	Допустимые значения
Температура воздуха, °С в холодный период года в теплый период года	 22—24 21—23
Относительная влажность воздуха, %	30—60
Скорость движения воздуха м/с, не более	0,2

* Работа изделий медицинской техники не должна сопровождаться изменением параметров микроклимата, выходящими за пределы допустимых значений, указанных в данной таблице.

Таблица 21

Допустимая максимальная температура рукояток и поверхностей изделий медицинской техники, предназначенных для контакта пользователя

Материал	Температура поверхностей (°С) при продолжительности контакта		
	не более 1 мин	не более 10 мин	Без ограничения времени
Непокрытый металл	51	43	40
Покрытый металл	51	43	40
Керамика, стекло, камень	56	43	40
Пластик	60	43	40
Дерево	60	43	40

Примечания.

1. Оптимальным является диапазон температур от 25,0 до 40,0 °С без ограничения продолжительности контакта.

2. Указанные требования применимы к относительно небольшим поверхностям отдельных частей тела человека.

Таблица 22

Допустимая минимальная температура рукояток и поверхностей изделий медицинской техники, предназначенных для контакта пользователя

Место измерения	Температура поверхностей, °С, не менее
Рукоятки инструментов и других поверхностей изделий медицинской техники, предназначенных для контакта пользователя	15—19
То же для вибрирующего оборудования	21,5

Таблица 23

Допустимая интенсивность теплового облучения от изделий медицинской техники

Облучаемая поверхность тела, %	Интенсивность теплового облучения, Вт/м^2
50 и более	35
25—50	70
Не более 25	100
Примечание. Интенсивность теплового облучения, создаваемая светильниками хирургическими и другими осветительными приборами на уровне головы человека, не должна превышать 60 Вт/м^2.	

Таблица 24

Допустимые уровни оптического излучения видимого диапазона изделий медицинской техники

Параметры оптического излучения	Допустимые значения, не более
Яркость светящихся поверхностей, кд/м^2	200
Яркость источников света от светостимуляторов (светодиодов), предназначенных для непосредственного воздействия на глаза, кд/м^2	20
Мощность излучения в максимуме рабочего импульса, мВт	0,5
Показатель ослепленности (для оборудования, предназначенного для выполнения зрительных работ), усл. ед.: I—II разряда III, IV, V, VI, VII, VIIIa разрядов	 20 40
Коэффициент пульсации освещенности, Кп, %	5

Таблица 25

Допустимые уровни ультрафиолетового излучения, создаваемого изделиями медицинской техники различного назначения*

Вид изделий	Спектральный диапазон длин волн, нм	Допустимая интенсивность облучения, Вт/м^2
Изделия облучательного действия, физиотерапевтическое оборудование**	свыше 315 до 400	10
	свыше 280 до 315	1,9
	свыше 200 до 280	Не допускается
Изделия профилактического назначения, генерирующие УФ-излучение, установки фототерапии, инкубаторы для новорождённых, косметологическое оборудование, приборы для ухода за кожей ультрафиолетовым излучением, эритемные светильники***	свыше 315 до 400	1,0
	свыше 280 до 315	0,05
	свыше 200 до 280	Не допускается
Для изделий всех видов применения (в т. ч. лампы люминесцентные, галогенные в составе осветительных приборов, полимеризационные стоматологические и пр.)	свыше 280 до 400	0,03
	свыше 200 до 280	Не допускается

* УФ-излучение от ИМТ с длиной волны менее 200 нм оценивается по соответствующим нормативам, указанным для диапазона 200—280 нм.

** Для кратковременного использования с регламентацией времени эксплуатации, учетом площади облучаемой поверхности и применением средств индивидуальной защиты.

*** При регламентации времени эксплуатации с учетом площади облучаемой поверхности и применением средств индивидуальной защиты.

Таблица 26

Характеристика классов опасности лазерных изделий медицинской техники

Классы опасности	Степень опасности, описание риска			
	Коллимированное излучение		Диффузно отраженное излучение на расстоянии 10 см от отражающей поверхности	
	Глаз	Кожа	Глаз	Кожа
1	2	3	4	5
I	Безопасно	Безопасно	Безопасно	Безопасно
II	Выходное излучение представляет опасность	Опасность при облучении кожи существует только в I и III спектральных диапазонах	Безопасно	Безопасно

Продолжение табл. 26

1	2	3	4	5
III (распространяется только на лазеры, генерирующие излучение во II спектральном диапазоне – свыше 380 до 1 400 нм)	Выходное излучение представляет опасность	Выходное излучение представляет опасность	Выходное излучение представляет опасность	Безопасно
IV	Выходное излучение представляет опасность	Выходное излучение представляет опасность	Выходное излучение представляет опасность	Выходное излучение представляет опасность

Таблица 27

Допустимые концентрации аэроионов, создаваемые изделиями медицинской техники

Допустимые концентрации аэроионов, ион/см^3		Коэффициент униполярности
Положительные	Отрицательные	
400—50 000	600—50 000	$0,4 < У < 1,0$

Таблица 28

Допустимые параметры воздушной среды в бароаппаратах

Параметры воздушной среды	Допустимые значения
Температура воздуха, °С	от 20 до 26*
Относительная влажность воздуха, %	от 65 до 85
Концентрация CO_2, %, не более	0,3
Вентилируемость, м^3/ч, не менее	14
Кратность воздухообмена (для воздушных бароаппаратов), не менее	10

* Допускается кратковременное, до 10 мин, снижение температуры ниже 20 °С на режимах декомпрессии и повышение выше 26 °С – на режимах компрессии.

Гигиенические критерии оценки материалов изделий медицинского назначения

Таблица 29

Гигиенические показатели и нормативы веществ, выделяющихся из материалов изделий медицинского назначения*

Наименование материала, изделия	Контролируемые показатели	ДКМ, мг/л	ПДК, ОБУВ химических веществ в питьевой воде, мг/л	Класс опасности	ПДКсс, мг/м^3	ОБУВ химических веществ в атмосферном воздухе, мг/м^3	Класс опасности
1	2	3	4	5	6	7	8
1. Полимерные материалы и пластические массы на их основе							
1.1. Полиэтилен (ПЭВД, ПЭНД), полипропилен, сополимеры пропилена с этиленом, полибутилен, полиизобутилен, комбинированные материалы на основе полиолефинов	формальдегид	–	0,1	2	0,003	–	2
	ацетальдегид	–	0,2	4	0,01	–	3
	спирты:						
	метиловый	–	0,2	2	0,5	–	3
	пропиловый	–	0,1	4	0,3	–	3
	изопропиловый	–	0,1	4	0,6	–	3
1.2. Полистирольные пластики							
полистирол (блочный, суспензионный, ударопрочный)	стирол	–	0,01	2	0,002		2
	спирты:						
	метиловый	–	0,2	2	0,5	–	3
	бутиловый	–	0,5	2	0,1	–	3
	формальдегид	–	0,1	2	0,003	–	2
сополимер стирола с акрилонитрилом	стирол	–	0,01	2	0,002	–	2
	акрилонитрил	–	0,02	2	0,03	–	2
	формальдегид	–	0,1	2	0,003	–	2
	бензальдегид	–	0,003	4	0,04	–	3

Продолжение табл. 29

1	2	3	4	5	6	7	8
АБС-пластики	стирол	–	0,01	2	0,002	–	2
	акрилонитрил	–	0,02	2	0,03	–	2
	α-метилстирол	–	0,1	3	0,04	–	3
	формальдегид	–	0,1	2	0,003	–	2
сополимер стирола с метилметакрилатом	стирол	–	0,01	2	0,002	–	2
	метилметакрилат	–	0,25	2	0,01	–	3
	спирт метиловый	–	0,2	2	0,5	–	3
	формальдегид	–	0,1	2	0,003	–	2
сополимер стирола с метилметакрилатом и акрилонитрилом	стирол	–	0,01	2	0,002	–	2
	метилметакрилат	–	0,25	2	0,01	–	3
	акрилонитрил	–	0,02	2	0,03	–	2
	спирт метиловый	–	0,2	2	0,5	–	3
	формальдегид	–	0,1	2	0,003	–	2
сополимер стирола с α-метилстиролом	стирол	–	0,01	2	0,002	–	2
	α-метилстирол	–	0,1	3	0,04	–	3
	бензальдегид	–	0,003	4	0,04	–	3
	ацетофенон	–	0,1	3	0,003	–	3
сополимеры стирола с бутадиеном	стирол	–	0,01	2	0,002	–	2
	1,3-бутадиен	–	0,05	4	1,0	–	4
	ацетальдегид	–	0,2	4	0,01	–	3
	ацетон	–	0,1	3	0,35	–	4
	спирты:						
	метиловый	–	0,2	2	0,5	–	3
	бутиловый	–	0,5	2	0,1	–	3

Продолжение табл. 29

1	2	3	4	5	6	7	8
вспененные полистиролы	стирол	–	0,01	2	0,002	–	2
	спирт метиловый	–	0,2	2	0,5	–	3
	формальдегид	–	0,1	2	0,003	–	2
1.3. Поливинилхлоридные пластики							
жесткий ПВХ	винил хлористый	–	0,01	2	0,01		1
	ацетальдегид	–	0,2	4	0,01	–	3
	ацетон	–	0,1	3	0,35	–	4
	спирты:						
	метиловый	–	0,2	2	0,5	–	3
	пропиловый	–	0,1	4	0,3	–	3
	изопропиловый	–	0,1	4	0,6	–	3
	бутиловый	–	0,5	2	0,1	–	3
	изобутиловый	–	0,5	2	0,1	–	4
	бензол	–	0,01	1	0,1	–	2
	толуол	–	0,5	4	0,6	–	3
	цинк	–	1,0	3	–	–	–
	олово	2,0	-	3	–	–	–
пластифицированный ПВХ, дополнительно к показателям, указанным для жесткого ПВХ следует определять	диоктилфталат	–	2,0	3	–	0,02	–
	дидодецилфталат	–	2,0	3	–	0,1	–
	диизододецилфталат	–	2,0	3	–	0,03	–
	дибутилфталат	–	0,2	3	–	–	–
	диэтиленгликоль	–	1,0	3	0,2	–	4
ПВХ-волокна (хлорин, волокна на основе перхлорвинила), дополнительно к показателям, указанным для жесткого ПВХ, следует определять	хлористый водород	–	–	–	0,1	–	2
	диметилформамид	–	10,0	4	0,03	–	2
	дихлорметан (метиленхлорид)	–	0,02	1	8,8	–	4

Продолжение табл. 29

1	2	3	4	5	6	7	8
	1,2-дихлорэтан		0,02	2	1	–	2
	хлористый водород	–	–	–	0,1	–	2
	хлорорганические соединения (конкретные вещества определять по рецептуре)						
1.4. Поливинилоспиртовые (ПВС, винол)	винил хлористый	–	0,01	2	0,01	–	1
	формальдегид	–	0,1	2	0,003	–	2
1.5. Полимеры на основе винилацетата и его производных: поливинилацетат, поливиниловый спирт, сополимерная дисперсия винилацетата с дибутилмалеинатом	винилацетат	–	0,2	2	0,15	–	3
	формальдегид	–	0,1	2	0,003	–	2
	ацетальдегид	–	0,2	4	0,01	–	3
	гексан	–	0,1	4	–	–	–
	гептан	–	0,1	4	–	–	–
1.6. Полиакрилаты	акрилонитрил	–	0,02	2	0,03	–	2
	метилакрилат		0,02	4	0,01	–	4
	метилметакрилат	–	0,25	2	0,01	–	3
	бутилакрилат	–	0,01	4	0,0075	–	2
	гексан	–	0,1	4	–	–	–
	гептан	–	0,1	4	–	–	–
1.7. Полиакрилонитрильные волокна (ПАН, нитрон, др.)	акрилонитрил	–	0,02	2	0,03	–	2
	метилакрилат	–	0,02	4	0,01	–	4
	метилметакрилат	–	0,25	2	0,01	–	3
	диметилформамид	–	10,0	4	0,03	–	2
	винилацетат	–	0,2	2	0,15	–	3

Продолжение табл. 29

1	2	3	4	5	6	7	8
1.8. Полиорганосилаксаны (силиконы)	формальдегид	–	0,1	2	0,003	–	2
	ацетальдегид	–	0,2	4	0,01	–	3
	спирты:						
	метиловый	–	0,2	2	0,5	–	3
	бутиловый	–	0,5	2	0,1	–	3
	бензол	–	0,01	1	0,1	–	2
при наличии фенильной группы	фенол	–	0,05	4	0,003	–	2
1.9. Полиамиды:							
полиамид 6 (поликапроамид, капрон, анид)	Е-капролактам	–	0,5	4	0,06	–	3
	формальдегид	–	0,1	2	0,003	–	2
	фенол	–	0,05	4	0,003	–	2
	бензол	–	0,01	1	0,1	–	2
полиамид 66, (полигексаметиленадипамид, найлон)	гексаметилендиамин	–	0,01	2	0,001	–	2
	спирт метиловый	–	0,2	1	0,5	–	3
	формальдегид	–	0,1	2	0,003	–	2
	бензол	–	0,01	1	0,1	–	2
полиамид 610 (полигексаметиленсебацинамид)	гексаметилендиамин	–	0,01	2	0,001	–	2
	спирт метиловый	–	0,2	2	0,5	–	3
	формальдегид	–	0,1	2	0,003	–	2
	бензол	–	0,01	1	0,1	–	2
полиакриламид	акриламид	–	0,0001	1	–	0,005	–
	формальдегид	–	0,1	2	0,003	–	2
1.10. Полиуретаны (спандекс, др.)	этиленгликоль	–	1,0	3	–	1,0	–
	ацетальдегид	–	0,2	4	0,01	–	3
	формальдегид	–	0,1	2	0,003	–	2
	ацетон	–	0,1	3	0,35	–	4

Продолжение табл. 29

1	2	3	4	5	6	7	8
	спирты:	–					
	метиловый	–	0,2	2	0,5	–	3
	пропиловый	–	0,1	4	0,3	–	3
	изопропиловый	–	0,1	4	0,6	–	3
	бензол	–	0,01	1	0,1	–	2
	толуол	–	0,5	4	0,6	–	3
1.11. Полиэфиры:							
полиэтиленоксид	формальдегид	–	0,1	2	0,003	–	2
	ацетальдегид	–	0,2	4	0,01	–	3
полипропиленоксид	метилацетат	–	0,1	3	0,07	–	4
	ацетон	–	0,1	3	0,35	–	4
	формальдегид	–	0,1	2	0,003	–	2
	ацетальдегид	–	0,2	4	0,01	–	3
политетраметиленоксид	пропиловый спирт	–	0,1	4	0,3	–	3
	ацетальдегид	–	0,2	4	0,01	–	3
	формальдегид	–	0,1	2	0,003	–	2
полифениленоксид	фенол	–	0,05	4	0,003	–	2
	формальдегид	–	0,1	2	0,003	–	2
	спирт метиловый	–	0,2	2	0,5	–	3
полиэтилентерефталат и сополимеры на основе терефталевой кислоты (лавсан, полиэстер, дакрон, мерсилен, дагрофил)	ацетальдегид	–	0,2	4	0,01	–	3
	этиленгликоль	–	1,0	3	–	1,0	–
	диметилтерефталат	–	1,5	4	0,05	–	2
	формальдегид	–	0,1	2	0,003	–	2
	спирты:						
	метиловый	–	0,2	2	0,5	–	3

Продолжение табл. 29

1	2	3	4	5	6	7	8
	бутиловый	–	0,5	2	0,1	–	3
	изобутиловый	–	0,5	2	0,1	–	4
	ацетон	–	0,1	3	0,35	–	4
поликарбонат	фенол	–	0,05	4	0,003	–	2
	дифенилолпропан	–	0,01	4	–	0,04	–
	метиленхлорид (дихлорметан)	–	0,02	1	8,8	–	4
	хлорбензол	–	0,02	3	0,1	–	3
полисульфон	дифенилолпропан	–	0,01	4	–	0,04	–
	фенол	–	0,05	4	0,003	–	2
	бензол	–	0,01	1	0,1	–	2
полифениленсульфид	фенол	–	0,05	4	0,003	–	2
	ацетальдегид	–	0,2	4	0,01	–	3
	спирт метиловый	–	0,2	2	0,5	–	3
	дихлорбензол	–	0,002	3	–	0,03	–
	бор (B)	–	0,5	2	–	–	–
при использовании в качестве связующего:							
фенолоформальдегидных смол	фенол	–	0,05	4	0,003	–	2
	формальдегид	–	0,1	2	0,003	–	2
кремнийорганических смол	формальдегид	–	0,1	2	0,003	–	2
	ацетальдегид	–	0,2	4	0,01	–	3
	фенол	–	0,05	4	0,003	–	2
	спирты:						
	метиловый	–	0,2	2	0,5	–	3
	бутиловый	–	0,5	2	0,1	–	3
эпоксидных смол	эпихлоргидрин	–	0,1	2	0,2	–	2
	фенол	–	0,05	4	0,003	–	2

Продолжение табл. 29

1	2	3	4	5	6	7	8
	дифенилолпропан	–	0,01	4	–	0,04	–
	формальдегид	–	0,1	2	0,003		2
1.12. Фторопласты: фторопласт-3, фторопласт-4, тефлон, полифен	фтор-ион (суммарно)	–	0,5	2	–	–	–
	формальдегид	–	0,1	2	0,003		2
	ацетальдегид	–	0,2	4	0,01	–	3
	цинк	–	1,0	3	–	–	–
	гексан	–	0,1	4	–	–	–
	гептан	–	0,1	4	–	–	–
1.13. Пластмассы на основе фенолоальдегидных смол (фенопласты)	формальдегид	–	0,1	2	0,003	–	2
	ацетальдегид	–	0,2	4	0,01	–	3
	фенол	–	0,05	4	0,003	–	2
1.14. Полиформальдегид	формальдегид	–	0,1	2	0,003	–	2
	ацетальдегид	–	0,2	4	0,01	–	3
1.15. Аминопласты (массы прессованные карбамидо- и меламиноформальдегидные)	формальдегид	–	0,1	2	0,003	–	2
1.16. Полимерные материалы на основе эпоксидных смол	эпихлоргидрин	–	0,1	2	0,2	–	2
	фенол	–	0,05	4	0,003	–	2
	дифенилолпропан	–	0,01	4	–	0,04	–
	формальдегид	–	0,1	2	0,003	–	2
1.17. Иономерные смолы, в т. ч. серлин	формальдегид	–	0,1	2	0,003	–	2
	ацетальдегид	–	0,2	4	0,01	–	3
	ацетон	–	0,1	3	0,35	–	4
	спирт метиловый	–	0,2	2	0,5	–	3
	цинк	–	1,0	3	–	–	–
1.18. Целлюлоза	этилацетат	–	0,1	2	0,1	–	4

Продолжение табл. 29

1	2	3	4	5	6	7	8
	формальдегид	–	0,1	2	0,003	–	2
	бензол	–	0,01	1	0,1	–	2
	ацетон	–	0,1	3	0,35	–	4
1.19. Эфирцеллюлозные пластмассы (этролы)	этилацетат	–	0,1	2	0,1	–	4
	ацетальдегид	–	0,2	4	0,01	–	3
	формальдегид	–	0,1	2	0,003	–	2
	спирты:						
	метиловый	–	0,2	2	0,5	–	3
	изобутиловый	–	0,5	2	0,1	–	4
	ацетон	–	0,1	3	0,35	–	4
1.20. Коллаген (биополимер)	формальдегид	–	0,1	2	0,003	–	2
	ацетальдегид	–	0,2	4	0,01	–	3
	этилацетат	–	0,1	2	0,1	–	4
	бутилацетат	–	0,1	4	0,1	–	4
	ацетон	–	0,1	3	0,35	–	4
	спирты:						
	метиловый	–	0,2	2	0,5	–	3
	пропиловый	–	0,1	4	0,3	–	3
	изопропиловый	–	0,1	4	0,6	–	3
	бутиловый	–	0,5	2	0,1	–	3
	изобутиловый	–	0,5	2	0,1	–	4
2. Полимерные стоматологические композиции (с учетом состава материалов)	метилакрилат	–	0,02	4	0,01	–	4
	метилметакрилат	–	0,25	2	0,01	–	3
	бутилакрилат	–	0,01	4	0,0075	–	2
	дифенилолпропан	–	0,01	4	–	0,04	–

Продолжение табл. 29

1	2	3	4	5	6	7	8
	эпихлоргидрин	–	0,1	2	0,2	–	2
	цинк	–	1,0	3	–	–	–
3. Резины, латексы на основе:							
3.1. Каучук натуральный (смокед-шит, светлый креп)	Перечень контролируемых веществ определяется, исходя из рецептуры						
3.2. Синтетические каучуки							
бутиловый (БК), хлорбутиловый (НТ)	изобутилен	–	0,5	3	10	–	4
	изопрен	–	0,01	4	0,5	–	3
изопреновый (СКИ, СКИЛ)	изопрен	–	0,01	4	0,5	–	3
хлоропреновый (наирит)	хлоропрен	–	0,01	2	0,002	–	2
бутадиеновый (СКД-ЛР), натрий бутадиеновый (СКБ)	1,3-бутадиен	–	0,05	4	1,0	–	4
бутадиеннитрильные разных марок (СКН, СКД, др.)	1,3-бутадиен	–	0,05	4	1,0	–	4
	акрилонитрил	–	0,02	2	0,03	–	2
бутадиенстирольные (СКС, СРС, др.)	1,3-бутадиен	–	0,05	4	1,0	–	4
	стирол	–	0,01	2	0,002	–	2
бутадиенметилстирольные (СКМС, СРСМ, др.)	1,3-бутадиен	–	0,05	4	1,0	–	4
	α-метилстирол	–	0,1	3	0,04	–	3
полиуретановый	1,3-бутадиен	–	0,05	4	1,0	–	4
3.3. Латексы							
натуральный, изопреновый	изопрен	–	0,01	4	0,5	–	3

Продолжение табл. 29

1	2	3	4	5	6	7	8
на основе бутилкаучука	изобутилен	–	0,5	3	10	–	4
	изопрен	–	0,01	4	0,5	–	3
бутадиенстирольный и стиролбутадиеновый	1,3-бутадиен	–	0,05	4	1,0	–	4
	стирол	–	0,01	2	0,002		2
бутадиеннитрильный	1,3-бутадиен	–	0,05	4	1,0	–	4
	акрилонитрил	–	0,02	2	0,03	–	2
хлоропреновый (неопреновый)	хлоропрен	–	0.01	2	0,002	–	2
поливинилхлоридный	винил хлористый	–	0,01	2	0,01	–	1
	ацетальдегид	–	0,2	4	0,01	–	3
	ацетон	–	0,1	3	0,35	–	4
карбоксилатные, в зависимости от состава	1,3-бутадиен	–	0,05	4	1,0	–	4
	стирол	–	0,01	2	0,002	–	2
	акрилонитрил	–	0,02	2	0,03	–	2
	акриловая кислота	–	0,5	2	0,04	–	3
	метакриловая кислота	–	1,0	3	0,2	–	4
полистирольный	стирол	–	0,01	2	0,002	–	2
	спирты:						
	метиловый	–	0,2	2	0,5	–	3
	бутиловый	–	0,5	2	0,1	–	3
полиуретановый	1,3-бутадиен	–	0,05	4	1,0	–	4
3.4. Резины рентгеноконтрастные с использованием в качестве наполнителя окислов свинца или бария на основе каучуков:	свинец	–	0,03	2	–	–	–
	барий	–	0,1	2	–	–	–
бутадиеннитрильных	1,3-бутадиен	–	0,05	4	1,0	–	4
	акрилонитрил	–	0,02	2	0,03	–	2

Продолжение табл. 29

1	2	3	4	5	6	7	8
бутадиенстирольных	1,3-бутадиен	–	0,05	4	1,0	–	4
	стирол	–	0,01	2	0,002		2
глёт свинцовый (допускается только для изготовления рентгеноконтрастных резин)	свинец	–	0,03	2	–	–	–
тканевая и нетканевая основы резиновых и латексных материалов	Перечень контролируемых веществ определяется, исходя из состава материалов						
3.5. Во всех резинах и латексах, в т. ч. в резинах и латексах с неизвестной рецептурой	формальдегид	–	0,1	2	0,003	–	2
	цинк	–	1,0	3	–	–	–
3.6. В зависимости от состава резин и латексов должны контролироваться:							
– вулканизующие агенты и ускорители вулканизации							
тиурам Д для укупорочных пробок и резин, контактирующих с кровью	тетраметилтиурамдисульфид	–	0,05	2	0,02	–	3
для прочих изделий		0,5		–	–	–	–
тиурам Е для резин, контактирующих с кровью	тетраэтилтиурамдисульфид	–	0,05	3	0,03	–	3
для прочих изделий		0,5		–	–	–	–
тиурам ЭФ	диэтилдифенилтиурамдисульфид	1,0	–	–	–	–	–

Продолжение табл. 29

1	2	3	4	5	6	7	8
цимат для резин, контактирующих с кровью	диметилдитиокарбамат цинка	0,05	–	–	–	–	–
для прочих изделий		0,5	–	–	–	–	–
этилцимат для резин, контактирующих с кровью	диэтилдитиокарбамат цинка	0,05	–	–	–	–	–
для прочих изделий		0,5	–	–	–	–	–
этилфенилдитиокарбамат цинка	этилфенилдитиокарбамат цинка	1,0	–	–	–	–	–
дифенилгуанидин для изделий, контактирующих с кожей	дифенилгуанидин	0,5	–	–	–	0,005	–
для прочих изделий		0,15	–	–	–	–	–
альтакс	2,2-дибензтиазолдисульфид	–	0,4	3	0,03	–	3
каптакс	2-меркаптобензтиазол	–	0,4	4	0,012	–	3
сульфенамид Ц	циклогексил-2-бензтиазолсульфенамид	–	0,4	4	0,2	–	4
суммарная миграция веществ класса тиазолов		0,4	–	–	–	–	–
– противостарители							
агидол-2	2,2-метилен-бис(4-метил-6-третбутилфенол	2,0	–	–	–	–	–
агидол-40	2,4,6-трис-(3,5-дитрет-бутил-4-оксибензил)-мезитилен	1,0	–	–	–	–	–
неозон Д (нафтам-2)	фенил-2-нафтиламин	0,2	–	–	–	0,03	–
– активаторы ускорителей							
белила цинковые	цинк	–	1,0	3	–	–	–
– наполнители							

Продолжение табл. 29

1	2	3	4	5	6	7	8
аэросил	кремний	–	10,0	2	–	–	–
барий сернокислый и углекислый	барий	–	0,1	2	–	–	–
литопон	барий	–	0,1	2	–	–	–
	цинк	–	1,0	3	–	–	–
– мягчители и пластификаторы							
масло индустриальное, масло-мягчитель (нетоксол)	бензол	–	0,01	1	0,1	–	2
	толуол	–	0,5	4	0,6	–	3
полиэтилен низкомолекулярный	этилен	–	0,5	3	3,0	–	3
полипропилен атактический (АПП)	пропилен	–	0,5	3	3,0	–	3
кислота стеариновая (стеарин)	кислота стеариновая	0,25	–	4	–	–	–
дибутилфталат	дибутилфталат	–	0,2	3	–	–	–
диоктилфталат	диоктилфталат	–	2,0	3	–	0,02	–
ренацит (цинковая соль пентахлортиофенола)	хлорфенол	–	0,001	4	–	–	–
	цинк	–	1,0	3	–	–	–
синтетические жирные кислоты (в зависимости от состава)	капроновая кислота	–	–	-	0,005	–	3
	метакриловая кислота	–	1,0	3	0,01	–	3
	олеиновая кислота	–	0,5	4	–	0,1	-
– поверхностно-активные вещества (эмульгаторы, диспергаторы, стабилизаторы), в зависимости от состава							
олеиновая кислота	олеиновая кислота	–	0,5	4		0,1	–
– стабилизаторы силиконовых смесей							
диолы НД-8 (α,ω-дигидроксиполидиметилсилоксаны)	полиметилгидроксисилоксан	–	2,0	4	–	–	–

Продолжение табл. 29

1	2	3	4	5	6	7	8
– вещества, регулирующие pH латексных смесей							
аммиак водный	аммиак и аммоний ион	–	1,5	4	2,0	–	4
– вспомогательные вещества							
бензин	бензол	–	0,01	1	0,1	–	2
	толуол	–	0,5	4	0,6	–	3
ксилол	ксилол	–	0,05	3	0,2	–	3
толуол	толуол	–	0,5	4	0,6	–	3
натрий карбоксиметилцеллюлоза	карбоксиметилцеллюлоза натриевая соль	–	2,0	3	–	–	–
полиэтиленовая пленка	формальдегид	–	0,1	2	0,003	–	2
	ацетальдегид	–	0,2	4	0,01	–	3
	спирт метиловый	–	0,2	2	0,5	–	3
триэтаноламин	триэтаноламин	–	1,0	4	–	0,04	–
цинк углекислый	цинк	–	1,0	3	–	–	–
4. Материалы из натурального волокна (окрашенные, отбеленные и т. п.); контроль красителей, пигментов проводить по п. 6 настоящей таблицы	суммарно по пестицидам: пентахлорфенол	–	0,05	2	–	0,02	–
	остаточный активный хлор	не допускается	–	–	–	–	–
	формальдегид	–	0,1	2	0,003	–	2
5. Материалы на основе искусственного волокна							
вискозные, ацетатные на основе целлюлозы	сероуглерод	–	1,0	4	0,005	–	2
	аммиак	–	1,5	4	2,0	–	4
	уксусная кислота	–	1,0	4	0,06	–	3
	ацетон	–	0,1	3	0,35	–	4

Продолжение табл. 29

1	2	3	4	5	6	7	8
	формальдегид	–	0,1	2	0,003	–	2
6. Бумага, картон, пергамент, подпергамент							
6.1. Бумага	этилацетат	–	0,1	2	0,1	–	4
	формальдегид	–	0,1	2	0,003	–	2
	ацетальдегид	–	0,2	4	0,01	–	3
	ацетон	–	0,1	3	0,35	–	4
	спирты:						
	метиловый	–	0,2	2	0,5	–	3
	бутиловый	–	0,5	2	0,1	–	3
	бензол	–	0,01	1	0,1	–	2
	толуол	–	0,5	4	0,6	–	3
	свинец	–	0,03	2	–	–	–
	цинк	–	1,0	3	–	–	–
	мышьяк	–	0,05	2	–	–	–
	хром (по Cr^{6+})	–	0,05	3	–	–	–
6.2. Бумага парафинированная дополнительно к показателям, указанным для бумаги, следует определять	гексан	–	0,1	4	–	–	–
	гептан	–	0,1	4	–	–	–
	бенз(а)пирен	не допускается	–	–	–	–	–
6.3. Картон	этилацетат	–	0,1	2	0,1	–	4
	бутилацетат	–	0,1	4	0,1	–	4
	ацетальдегид	–	0,2	4	0,01	–	3
	формальдегид	–	0,1	2	0,003	–	2
	ацетон	–	0,1	3	0,35	–	4
	спирты:						
	метиловый	–	0,2	2	0,5	–	3
	изопропиловый	–	0,1	4	0,6	–	3
	бутиловый	–	0,5	2	0,1	–	3
	изобутиловый	–	0,5	2	0,1	–	4

Продолжение табл. 29

1	2	3	4	5	6	7	8
	бензол	–	0,01	1	0,1	–	2
	толуол	–	0,5	4	0,6	–	3
	ксилолы (смесь изомеров)	–	0,05	3	0,2	–	3
	свинец	–	0,03	2	–	–	–
	цинк	–	1,0	3	–	–	–
	мышьяк	–	0,05	2	–	–	–
	хром (по Cr^{6+})	–	0,05	3	–	–	–
картон мелованный дополнительно следует определять	титан	–	0,1	3	–	–	–
	алюминий	–	0,5	2	–	–	–
	барий	–	0,1	2	–	–	–
6.4. Пергамент растительный	этилацетат	–	0,1	2	0,1	–	4
	формальдегид	–	0,1	2	0,003	–	2
	спирты:						
	метиловый	–	0,2	2	0,5	–	3
	пропиловый	–	0,1	4	0,3	–	3
	изопропиловый	–	0,1	4	0,6	–	3
	бутиловый	–	0,5	2	0,1	–	3
	изобутиловый	–	0,5	2	0,1	–	4
	ацетон	–	0,1	3	0,35	–	4
	свинец	–	0,03	2	–	–	–
	цинк	–	1,0	3	–	–	–
	мышьяк	–	0,05	2	–	–	–
	медь	–	1,0	3	–	–	–
	железо	–	0,3		–	–	–
	хром (по Cr^{6+})	–	0,05	3	–	–	–
6.5. Подпергамент (бумага с добавками, имитирующими свойства пергамента растительного)	кроме веществ, указанных для пергамента, следует определять:						
	ацетальдегид	–	0,2	4	0,01	–	3

Продолжение табл. 29

1	2	3	4	5	6	7	8
	фенол	–	0,05	4	0,003	–	2
	эпихлоргидрин	–	0,1	2	0,2	–	2
	Е-капролактам	–	0,5	4	0,06	–	3
	бензол	–	0,01	1	0,1	–	2
	толуол	–	0,5	4	0,6	–	3
	ксилолы (смесь изомеров)	–	0,05	3	0,2	–	3
	титан	–	0,1	3	–	–	–
	кадмий	–	0,001	2	–	–	–
7. Красители, пигменты (в зависимости от химического состава)	на основе бензидина	не допускается			не допускается		
	свинец	–	0,03	2	–	–	–
	кадмий	–	0,001	2	–	–	–
	мышьяк	–	0,05	2	–	–	–
	хром (по Cr^{6+})	–	0,05	3	–	–	–
	кобальт	–	0,1	2	–	–	–
	медь	–	1,0	3	–	–	–
	никель	–	0,02	2	–	–	–
	ртуть	–	0,005	1	–	–	–
8. Металлы из полимерных, резиновых, латексных и других материалов, исходя из рецептуры	цинк	–	1,0	3	–	–	–
	свинец	–	0,03	2	–	–	–
	хром (по Cr^{6+})	–	0,05	3	–	–	–
	олово	–	1,0	3	–	–	–
	медь	–	1,0	3	–	–	–
	кадмий	–	0,001	2	–	–	–
	железо	–	0,3	3	–	–	–
	марганец	–	0,1	3	–	–	–
	барий	–	0,1	2	–	–	–
	никель	–	0,02	2	–	–	–

* Конкретный перечень веществ, подлежащих контролю в модельных средах при оценке материалов и изделий медицинского назначения, может быть уточнен с учетом их состава, назначения и условий эксплуатации.

Таблица 30

Санитарно-гигиенические интегральные показатели оценки материалов и состояния водных вытяжек из материалов изделий медицинского назначения

Контролируемые показатели, единицы измерения	Допустимые значения
Показатели оценки материалов ИМН	
Запах, баллы	Не более 1
Показатели оценки водных вытяжек из материалов ИМН	
Запах, баллы	0
Привкус*, баллы	0
Мутность, осадок, описательно	не допускается
Изменение цветности	не допускается
Восстановительные примеси, мл 0,02 Н раствора $Na_2S_2O_3$	не более 1,0
Значение pH, ед. pH	5,5—7,5
Изменение значения pH по сравнению с контролем, ед. pH: – для изделий, контактирующих с кровью – для остальных изделий	 в пределах ± 0,5 в пределах ± 1,0
Ультрафиолетовое поглощение в диапазоне длин волн от 220 до 360 нм, ед. О.П.: – для контейнеров для крови – для устройств комплектных эксфузионных, инфузионных и трансфузионных однократного применения – для остальных изделий	 не более 0,2 не более 0,1 не более 0,3
Перманганатная окисляемость (ПО), мгO_2/л** – для диализаторов типа ДИП – магистралей кровопроводящих – фильтров крови типа ФК – для оксигенаторов – для изделий из резин, предназначенных для контакта с инъекционными и диффузионными препаратами	 не более 1,0 не более 0,5 не более 2,5 не более 2,0 не более 3,0
Бромируемость, мгBr_2/л** – для диализаторов типа ДИП, магистралей кровопроводящих – фильтров крови типа ФК – для оксигенаторов – для остальных изделий	 не более 0,3 не более 6,0 не более 1,0 не более 0,3

Примечание.

* Показатель определяется при оценке материалов изделий, предназначенных для контакта со слизистыми оболочками полости рта.

** Показатель определяется при необходимости решения спорных вопросов, при пограничных значениях прочих показателей.

Таблица 31

Токсикологические и клинико-лабораторные показатели безопасности оценки материалов медицинских изделий и водных вытяжек из них и их допустимые значения

	Наименование показателя	Критерии, единицы измерения	Допустимые значения
1	2	3	4
	1. Показатели токсикологической оценки водных вытяжек из материалов изделий		
1.1	Раздражающее действие		
1.1.1	Раздражающее действие на кожу	гиперемия, баллы	0
1.1.2	Раздражающее действие на слизистые оболочки	гиперемия, баллы	0
1.2	Показатели острой, подострой и субхронической токсичности при введении в желудок, брюшину*		
1.2.1	Смертность	гибель животных	отсутствие
1.2.2	Клинические симптомы интоксикации	неопрятность животных (взъерошенность), снижение потребления корма, снижение двигательной активности	отсутствие
1.2.3	Изменение массы тела	достоверные изменения массы тела животных в опытной группе по сравнению с контролем	отсутствие
1.2.4	Массовые коэффициенты** внутренних органов (тимуса, селезенки, печени или др. – в зависимости от состава и назначения материала)	достоверные различия массовых коэффициентов внутренних органов животных в опытной группе, по сравнению с контролем	отсутствие
1.2.5	Макроскопические изменения внутренних органов и тканей	визуальные изменения внутренних органов и тканей	отсутствие
1.3	Показатели острой токсичности при внутрикожном введении	воспалительная реакция кожи, оцениваемая по наличию гиперемии, баллы	0
1.4	Сенсибилизирующее действие	по показателям и критериям п.п. 1.4.1—1.4.6	отсутствие
1.4.1	Провокационная внутрикожная проба	количество положительных реакций в виде гиперемии при внутрикожном введении разрешающей дозы водной вытяжки	0

Продолжение табл. 32

1	2	3	4
1.4.2	Конъюнктивальный тест	количество положительных реакций в виде гиперемии при нанесении разрешающей дозы водной вытяжки на конъюнктиву	0
1.4.3	Реакция специфической агломерации лейкоцитов (РСАЛ)	показатель РСАЛ – отношение процентов агломерированных лейкоцитов с антигеном и без него в пробах крови животных подопытной группы к контрольной, кратность	от 1,0 до 1,5
1.4.4	Реакция специфического лизиса лейкоцитов (РСЛЛ)	показатель РСЛЛ – процентное отношение разницы абсолютного количества лейкоцитов в пробах крови без антигена и с антигеном к абсолютному их количеству в пробах крови без антигена, %	не более 10
1.4.5	Лейкоцитарная формула, количество эозинофилов	количество эозинофилов на 100 клеток, шт.	не более 5
1.4.6	Реакция дегрануляции тучных клеток (РДТК)	показатель реакции РДТК, относительные единицы	не более 1,31 (отрицательный)
1.5	Гемолитический тест	процент гемолиза, %	не более 2
1.6	Пирогенность	суммарное повышение ректальной температуры в группе из 3-х подопытных животных до и после введения водной вытяжки, °С	не более 1,4 (апирогенно)
1.7	Общетоксическое и кожно-раздражающее действие на культуре подвижных клеток *in vitro****	процентное отношение суммарной двигательной активности тест-объекта (спермы крупного рогатого скота) в опытной и контрольной пробах (индекс токсичности), %	в пределах 70—120
	2. Показатели оценки безопасности материалов		
2.1	Показатели токсикологической оценки		
2.1.1	Показатели острой, подострой и субхронической токсичности при введении в желудок (для материалов, попадание которых в организм возможно per os)	малая токсичность при введении в желудок по ГОСТ 12.1.007—76, DL_{50}, мг/кг	> 5 000
		кумулятивное действие	отсутствие

Продолжение табл. 32

1	2	3	4
2.1.2	Кожно-резорбтивное действие (для различных форм материалов – жидких, геле-, пастообразных и др.)	неопрятность животных (взъерошенность), снижение потребления корма, снижение двигательной активности	отсутствие
2.1.3	Прочие материалы и показатели	по разделу 1.2 настоящей таблицы, в зависимости от состава и назначения, другие показатели****	
2.2	Клинико-лабораторные показатели		
2.2.1	Компрессный или капельный методы	критерии кожно-раздражающего, сенсибилизирующего и кожно-резорбтивного действия материалов	отсутствие признаков воздействия

* Объем испытаний в конкретных случаях определяется, исходя из состава материалов и назначения изделий.

** Массовый коэффициент – процентное отношение массы органа к массе тела.

*** Допускается применение других альтернативных методов оценки материалов с использованием клеточных тест-объектов.

**** Для некоторых материалов могут решаться вопросы отдаленных последствий применения, оценка которых должна проводиться по утвержденным токсикологическим методикам.

Таблица 32

Микробиологические показатели безопасности материалов и изделий медицинского назначения*

Микробиологические показатели	Допустимые значения
Общее количество мезофильных аэробных и факультативно анаэробных бактерий (МАФАнМ), КОЕ** в 1 г ($см^3$) продукции	не более 10^2
Дрожжи, дрожжеподобные, плесневые грибки, КОЕ** в 1 г ($см^3$) продукции	Отсутствие
Бактерии семейства *Enterobacteriaceae* в 1 г ($см^3$) продукции	Отсутствие
Патогенные стафилококки в 1 г ($см^3$) продукции	Отсутствие
Pseudomonas aeruginosa	Отсутствие

* Требования распространяются на нестерильные изделия.

** КОЕ – колониеобразующие единицы в 1 г или 1 $см^3$ продукции.

Таблица 33

Временные допустимые уровни синусоидальных электромагнитных полей диапазона частот свыше 1 до 50 Гц (для условий производственных воздействий)

Контролируемый параметр	Временный допустимый уровень
Напряженность электрического поля, кВ/м	250/ f*
Индукция магнитного поля, мкТл	5 000/ f*
* f – частота действующего электромагнитного поля	

Таблица 34

Временные допустимые уровни синусоидальных электромагнитных полей диапазона частот свыше 50 Гц до 10 кГц (для условий производственных воздействий)

Контролируемый параметр	Временный допустимый уровень
Напряженность электрического поля, В/м	500
Напряженность магнитного поля, А/м	50

Таблица 35

Временные допустимые уровни индукции импульсного магнитного поля с частотой следования импульсов свыше 1 до 50 Гц и свыше 50 до 100 Гц (для условий производственных воздействий)

Контролируемый параметр	Временный допустимый уровень
Индукция импульсного магнитного поля с частотой следования импульсов свыше 1 до 50 Гц и свыше 50 до 100 Гц, мТл	1,75

Приложение 8

Предельно допустимые уровни (ПДУ) электромагнитных излучений на рабочих местах медицинского персонала

№ п/п	Наименование физического фактора	ПДУ	Нормативный документ
1	2	3	4
1	Напряженность постоянного магнитного поля	10 мТл	СанПиН 2.2.4.1191—03 «Электромагнитные поля в производственных условиях»
2	Напряженность электростатического поля	Устанавливается расчетом в зависимости от времени пребывания персонала на рабочих местах, но не более 60 кВ/м в течение 1 ч или 20 кВ/м в течение рабочего дня	
3	Напряженность переменного магнитного поля 50 Гц	Устанавливается в зависимости от времени пребывания персонала на рабочих местах, но не более 100 мкТл при общем и 1 000 мкТл при локальном воздействии в течение рабочего дня	
4	Напряженность переменного электрического поля 50 Гц	Устанавливается расчетом в зависимости от времени пребывания персонала на рабочих местах, но не более 25 кВ/м или 5 кВ/м в течение рабочего дня	
5	Электромагнитное излучение в диапазоне 10 — 30 кГц:	Устанавливается в зависимости от продолжительности воздействия, но не более:	
	напряженность электрического поля	500 В/м в течение рабочего дня	
	напряженность магнитного поля	50 А/м в течение рабочего дня	
6	Энергетическая экспозиция ЭМП в диапазоне от 30 кГц (0,03 МГц) до 300 МГц		
	Энергетическая экспозиция электрического поля при частоте		
	0,03—3 МГц	20 000 $(В/м)^2$ ч	
	3—30 МГц	7 000 $(В/м)^2$ ч	
	30—300 МГц	800 $(В/м)^2$ ч	

Продолжение табл.

1	2	3	4
	Энергетическая экспозиция магнитного поля при частоте		
	0,03—3 МГц	200$(А/м)^2$ч	
	30—50 МГц	0,72 $(А/м)^2$ч	
	Энергетическая экспозиция плотности потока энергии в диапазоне частот 300 МГц – 300 ГГц	200 $(мкВт/см^2)^2$ч	
7	Интенсивность инфракрасного (теплового) излучения	100 $Вт/м^2$	СанПиН 2.2.4.548—96 «Гигиенические требования к микроклимату производственных помещений»
8	Интенсивность ультрафиолетового излучения	50,0 $Вт/м^2$ (УФ-А) 0,05 $Вт/м^2$ (УФ-В) не допускается (УФ-С)	СН 4557—88
9	Электромагнитные излучения видеодисплейных терминалов и персональных ЭВМ		СанПиН 2.2.2/2.4.1340—03 «Гигиенические требования к персональным электронно-вычислительным машинам и организации работы»
	Напряженность электрического поля на рабочем месте	25 В/м (в диапазоне частот 5 Гц – 2 кГц) 2,5 В/м (в диапазоне частот 2—400 кГц)	
	Плотность магнитного потока на рабочем месте	250 нТл (в диапазоне частот 5 Гц – 2 кГц) 25 нТл (в диапазоне частот 2—400 кГц)	
	Напряженность электростатического поля	15 кВ/м	
	Фоновые значения электромагнитных полей частотой 50 Гц		ГН 2.1.8/2.2.4.2262—07 «Предельно допустимые уровни магнитных полей частотой 50 Гц в помещениях жилых, общественных зданий и на селитебных территориях»
	Электрического поля	500 В/м	
	Магнитного поля	10 мкТл	

Приложение 9

Допустимые уровни звука медицинской техники в помещениях лечебно-профилактических организаций

Группы изделий медицинской техники	Уровни звукового давления, дБ, в октавных полосах со среднегеометрическими частотами, Гц								Уровни звука, L_A, и эквивалентные уровни звука, $L_{Аэкв}$, дБА
	63	125	250	500	1000	2000	4000	8000	
I	71	61	54	49	45	42	40	38	50
II	75	66	59	54	50	47	45	43	55
III	79	70	63	58	55	52	50	49	60

Примечания.

1. Указанные параметры звука следует определять по таблице в зависимости от контингентов, подвергающихся воздействию шума: I группа – пациенты, II группа – старший и средний медицинский персонал, III группа – младший медицинский и вспомогательно-технический персонал.

2. Для изделий медицинской техники, работающих в повторно-кратковременном режиме (не более 20 мин), допускается превышение уровня звука на 5 дБА выше указанного в таблице.

Приложение 10

Предельно допустимые уровни звука и эквивалентные уровни звука на рабочих местах для трудовой деятельности разных категорий тяжести и напряженности, дБА

Категории напряженности трудового процесса	Категории тяжести трудового процесса				
	легкая физическая нагрузка	средняя физическая нагрузка	тяжелый труд 1 степени	тяжелый труд 2 степени	тяжелый труд 3 степени
1	2	3	4	5	6
Напряженность легкой степени	80	80	75	75	75
Напряженность средней степени	70	70	65	65	65
Напряженный труд 1 степени	60	60	–	–	–
Напряженный труд 2 степени	50	50	–	–	–

Примечание. Категория тяжести и напряженности трудового процесса устанавливается по Руководству Р 2.2.2006—05 «Руководство по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса. Критерии и классификация условий труда».

Приложение 11

Предельно допустимые уровни воздушного ультразвука на рабочих местах

Среднегеометрические частоты октавных полос, кГц	Уровни звукового давления, дБ
12,5	80
16,0	90
20,0	100
25,0	105
31,5—100,0	110

Приложение 12

Экстренная профилактика парентеральных вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции

Во избежание заражения парентеральными вирусными гепатитами, ВИЧ-инфекцией следует соблюдать правила работы с колющим и режущим инструментарием.

В случае порезов и уколов немедленно обработать и снять перчатки, выдавить кровь из ранки, вымыть руки с мылом под проточной водой, обработать руки 70 %-м спиртом, смазать ранку 5 %-м раствором йода.

При попадании крови или других биологических жидкостей на кожные покровы это место обрабатывают 70 %-м спиртом, обмывают водой с мылом и повторно обрабатывают 70 %-м спиртом.

Если кровь попала на слизистые оболочки глаз, их сразу же промывают водой или 1 %-м раствором борной кислоты; при попадании на слизистую оболочку носа – обрабатывают 1 %-м раствором протаргола; на слизистую оболочку рта – полоскать 70 %-м раствором спирта или 0,05 %-м раствором марганцево-кислого калия или 1 %-м раствором борной кислоты.

Слизистые оболочки носа, губ, конъюнктивы обрабатывают также раствором марганцево-кислого калия в разведении 1 : 10 000 (раствор готовится ex tempore).

С целью экстренной профилактики ВИЧ-инфекции назначаются азидотимидин в течение 1 месяца. Сочетание азидотимидина (ретровир) и ламивудина (эливир) усиливает антиретровирусную активность и преодолевает формирование резистентных штаммов. При высоком риске заражения ВИЧ-инфекцией (глубокий порез, попадание видимой крови на поврежденную кожу и слизистые от пациентов, инфицированных ВИЧ) для назначения химиопрофилактики следует обращаться в территориальные Центры по борьбе и профилактике СПИД.

Лица, подвергшиеся угрозе заражения ВИЧ-инфекцией, находятся под наблюдением врача-инфекциониста в течение одного года с обязательным обследованием на наличие маркера ВИЧ-инфекции.

Персоналу, у которого произошел контакт с материалом, инфицированным вирусом гепатита В, вводится одновременно специфический иммуноглобулин (не позднее 48 ч) и вакцина против гепатита В в разные участки тела по схеме 0—1—2—6 мес. с последующим контролем за маркерами гепатита (не ранее 3—4 мес. после введения иммуноглобулина). Если контакт произошел у ранее вакцинированного медработника, целесообразно определить уровень анти-HBs в сыворотке крови. При наличии концентрации антител в титре 10 МЕ/л и выше вакцинопрофилактика не проводится, при отсутствии антител целесообразно одновременное введение 1 дозы иммуноглобулина и бустерной дозы вакцины.

Приложение 13

Перечень регистрируемых нозологических форм послеоперационных инфекций

Наименование заболевания	Шифр по МКБ-10
Вирусные и бактериальные пневмонии	J12-J15
Стрептококковая септицемия	A40
Другая септицемия, в т. ч.:	A41
– сепсис	A41.8
– газовая гангрена	A48.0
Бактериальный менингит, менингоэнцефалит и менингомиелит	G00, G04.2
Энцефалит, миелит или энцефаломиелит неуточненный	G04.9
Флебит и тромбофлебит	I80
Острый перитонит	K65.0
Остеомиелит	M86
Неудачный медицинский аборт, осложнившийся инфекцией половых путей и тазовых органов	O07.0
Расхождение краев операционной раны, не классифицированное в других рубриках	T81.3
Инфекция, связанная с процедурой, не классифицированная в других рубриках	T81.4
Инфекция, связанная с протезом сердечного клапана, другими сердечными и сосудистыми устройствами, имплантатами и трансплантатами	T82.6,7
Инфекции, обусловленные протезным устройством, имплантатом, трансплантатом в мочеполовой системе	T83.5,6
Инфекции, обусловленные эндопротезированием, внутренним фиксирующим устройством, внутренними протезными устройствами, имплантатами, трансплантатами	T84.5,6,7
Инфекция ампутированной культи	T87.4
Инфекция и воспалительная реакция, обусловленные другими внутренними протезными устройствами, имплантатами и трансплантатами	T85.7
Инфекции, связанные с инфузией, трансфузией и лечебной инъекцией	T80.2
Острый цистит	N30.0
Уретральный абсцесс	N34.0
Инфекции мочевыводящих путей без установленной локализации	N39.0
Другие инфекционные заболевания, носительство возбудителей инфекционных заболеваний, возникших во время пребывания в лечебной организации	обозначаются кодами по МКБ-10 соответственно нозологической форме

Приложение 14

Порядок уборки помещений различных структурных отделений акушерского стационара

Приемно-смотровое отделение	Родовое отделение				Отделение новорождённых	Обсервационное отделение
	предродовые палаты	родильный зал, боксированный родильный блок	вспомогательные помещения	послеродовое физиологическое отделение с раздельным и совместным пребыванием матери и ребенка		
1	2	3	4	5	6	7
Текущая уборка						
Влажная уборка 2 раза в день с использованием моющего средства, один раз в сутки уборка с использованием дезинфицирующего средства. После каждой уборки проводится обеззараживание воздуха. После обеззараживания воздуха УФ-излучением помещение проветривают в течение 20 мин. Обработку помещений проводят в следующем порядке: сначала – комнату-фильтр, затем смотровую, душевую, санузел	1. При наличии одного родильного зала уборка с применением дезинфицирующего средства – 1 раз в сутки при отсутствии родов, проводится обеззараживание воздуха. После обеззараживания воздуха УФ-излучением помещение проветривают в течение 20 мин. 2. При наличии двух и более родзалов (боксированных родблоков) уборку проводят в каждом из них после приема родов	Влажная уборка с использованием дезинфицирующего средства не реже 1 раза в день	Ежедневно влажная уборка – 3 раза в день, из них – 2 раза с использованием моющего средства, третий раз – с применением дезинфицирующего средства		Ежедневно влажная уборка – 3 раза в день, из них – 2 раза с использованием моющего средства, третий раз – с применением дезинфицирующего средства
			После каждой уборки все объекты и поверхности в помещениях протирают салфеткой, смоченной водопроводной водой, воздух обеззараживают. После обеззараживания воздуха УФ-излучением помещение проветривают в течение 20 мин.			

Продолжение табл.

1	2	3	4	5	6	7
Уборка по типу заключительной дезинфекции						
		При наличии одного родильного зала уборку проводят не реже одного раза в три дня. При наличии двух родзалов, в боксированном родблоке уборку проводят поочередно в каждом из них с применением дезинфицирующего средства. После каждой уборки все объекты и поверхности в помещениях протирают салфеткой, смоченной водопроводной водой, воздух обеззараживают. После обеззараживания воздуха УФ-излучением помещение проветривают в течение 20 мин. Дату проведения дезинфекции фиксируют в журнале	Один раз в неделю	После выписки родильницы и новорождённого или при переводе в обсервационное отделение с применением дезинфицирующего средства		Один раз в неделю (стены – на высоту 2 м) с применением дезинфицирующего средства
				После каждой уборки все объекты и поверхности в помещениях протирают салфеткой, смоченной водопроводной водой, воздух обеззараживают. После обеззараживания воздуха УФ-излучением помещение проветривают в течение 20 минут. После выписки родильницы проводят заключительную дезинфекцию		

Приложение 15

Перечень регистрируемых нозологических форм инфекционных заболеваний в акушерских стационарах

Наименование заболевания	Шифр по МКБ-10
У новорождённых:	
конъюнктивит и дакриоцистит	P 39.1
пиодермия	L 08.0
другие местные инфекции кожи и подкожной клетчатки	L 08.9
флебит пупочной вены и других локализаций	I 80.8
местная инфекция кожи и подкожной клетчатки панариций, паронихий	L 08.9
омфалит	P 38
отит	H 66.0
импетиго, пемфигус, везикулопустулез	L 01
синдром стафилококкового поражения кожи (пузырчатка)	L 00
мастит	P 39.0
энтероколит	A 04.9
пневмония (бактериальная и вирусная)	G 15; G 12
абсцесс кожи, флегмона	L 02
карбункул, фурункул	L 03
менингит	G 00
остеомиелит	M 86.0,1,2,8
сепсис	P 36
постинъекционные инфекции	T 80.2
сальмонеллезы	A 02
вирусные гепатиты B, C	B 16; B 17.1
другие инфекционные заболевания	P 39
У родильниц:	
расхождение швов после кесарева сечения	090.0
расхождение швов промежности	090.1
другие послеродовые инфекции (эндометрит)	086
перитонит	K 65.0
сепсис послеродовый	085
инфекция соска, инфекция молочной железы	091.0; 091.1
постинъекционные инфекции	T 80.2
пневмония бактериальная и вирусная	G 15; G 12
цистит, уретрит, пиелонефрит	N 30.0; N 34.0; N 39.0
сальмонеллезы	A 02
вирусные гепатиты B, C	B 16; B 17.1
внутриутробные инфекции	190

Приложение 16
(справочное)

Термины и определения

Амбулаторно-поликлинические организации (учреждения) – лечебно-профилактические организации, оказывающие медицинскую помощь населению как на дому, так и непосредственно в самом учреждении (без круглосуточного пребывания).

Антисептика – система мероприятий, направленных на уничтожение *микроорганизмов в ране*, патологическом очаге, *органах* и тканях, а также в *организме* больного в целом.

Асептика, асептический режим – организационные и санитарно-противоэпидемические мероприятия, применяемые с целью предотвращения попадания микробов в рану.

Блок врача-стоматолога (бормашина) – оборудование, предназначенное для размещения стоматологических наконечников и приведения их в движение (электро- или пневмоприводом). Может обеспечивать также подачу воды на наконечники и размещение иных инструментов. Может крепиться на кресле стоматологическом, мебели, стене или мобильном основании.

Бокс – комплекс лечебных, санитарно-гигиенических и вспомогательных помещений, предназначенных для госпитализации и проведения лечебно-диагностических мероприятий больным инфекционных больниц или отделений. Бокс состоит из следующих обязательных элементов: тамбур для входа с улицы, помещение для пациента (палата), санитарный узел, шлюз для входа персонала из коридора отделения. Вход в санитарный узел предусматривается непосредственно из помещения пациента (палаты). Боксы обеспечивают возможность полной изоляции больных. Пациент поступает в бокс и выписывается из него через уличный тамбур. Вход персонала в боксы осуществляется из коридора отделения через шлюзы, в которых проводится смена спецодежды, мытье и дезинфекция рук.

Бокс приемно-смотровой – обязательный элемент приемных отделений детских, инфекционных и психиатрических больниц, предназначенный для индивидуального приема пациентов и являющийся функциональным аналогом смотровых кабинетов многопрофильных больниц. В состав помещений приемно-смотрового бокса входят: тамбур для входа с улицы, помещение для осмотра больного (смотровая), кабина

для туалета с умывальником, шлюз для входа персонала из коридора приемного отделения.

Боксированная палата – это помещение, предназначенное для изоляции больного и состоящее из палаты, санузла и шлюза со входом в санитарный узел из палаты. Подпор воздуха подается в шлюз.

Внутрибольничная инфекция (ВБИ) – любое клинически выраженное заболевание микробного происхождения, которое поражает больного в результате его поступления в больницу или обращения за медицинской помощью, вне зависимости от появления симптомов заболевания у пациента – во время пребывания в стационаре или после его выписки, – а также инфекционное заболевание сотрудника лечебной организации вследствие его инфицирования при работе в данной организации (Европейское региональное бюро ВОЗ).

Внутриутробное инфицирование – проникновение инфекционного агента в организм плода в период внутриутробного развития или во время родов, позволяющее предполагать потенциальный риск реализации инфекционно-воспалительного процесса у ребенка в постнатальном периоде. Термин не должен использоваться в качестве диагноза.

Внутриутробная инфекция (далее – ВУИ) – любое клинически выраженное инфекционное заболевание микробного происхождения плода в результате его инфицирования в анте- или интранатальный периоды. В подавляющем большинстве случаев плод инфицируется от матери, в отдельных случаях (инвазивные вмешательства в период беременности, фетальная хирургия) возможно ятрогенное инфицирование плода. К ВУИ относят также врожденные инфекции, при которых инфицирование плода произошло антенатально и к моменту рождения имеются клинические признаки инфекции.

Генеральная уборка – влажная уборка помещений (всех поверхностей ограждающих конструкций, мебели и оборудования) с применением дезинфицирующих средств способами протирания и/или орошения с последующим обеззараживанием воздуха.

Гигиеническая обработка рук – совокупность методических приемов, включающих применение моющего или антисептического средства, для удаления загрязнений и транзиторной микрофлоры с кожи кистей рук медицинского персонала.

Гидроблок стоматологический – оборудование, включающее плевательницу, систему подачи воды для наполнения стакана пациента и смыва плевательницы, крепление слюноотсоса, пылесоса и иных инструментов и приспособлений стоматолога как в полном объеме, так и

отдельных частей, обеспечивает подключение таковых к необходимым коммуникациям. Может крепиться на кресле пациента стоматологическом, мебели, стене или мобильном основании.

«Грязные» помещения, это помещения в основном для хранения использованных материалов. К «грязным» относятся загрузочные ЦСО и дезинфекционных камер, приемные прачечных, помещения для временного хранения грязного белья, мусорные камеры, туалеты и т. п.

Дезинфекция – совокупность средств и методов, направленных на уничтожение (умерщвление) патогенных и условно патогенных микроорганизмов на объектах внешней среды.

Дезинфекционные мероприятия – применение дезинфицирующих, дезинсекционных, дератизационных средств для уничтожения возбудителей инфекционных болезней и их переносчиков на различных объектах при профилактической и очаговой (текущая и заключительная) дезинфекции.

Дезинфекционные средства – дезинфицирующие, стерилизующие, дезинсекционные и дератизационные средства, применяемые для профилактики и борьбы с инфекционными, паразитарными заболеваниями человека, обеспечивающие умерщвление возбудителей вышеуказанных заболеваний, их переносчиков и резервуаров сохранения.

Дезинфицирующее средство – физическое или химическое средство, включающее дезинфицирующий агент или действующее вещество.

Инактивация микроорганизмов – потеря способности микроорганизмов к размножению.

Класс чистоты помещений – допустимый уровень бактериальной обсемененности воздушной среды помещений в зависимости от их функционального назначения. По степени нормируемого микробного загрязнения помещения подразделяются на следующие классы чистоты:

- класс А – особо чистое помещение,
- класс Б – чистое помещение,
- класс В – условно чистое помещение, количество микроорганизмов не нормируется;
- класс Г – «грязное» помещение, количество микроорганизмов не нормируется;

Колониеобразующая единица (КОЕ) – совокупность микробных клеток, выросших в виде изолированных колоний на питательной среде.

Коэффициент естественного освещения – процентное отношение уровня естественной освещенности на рабочем месте к одновременно измеренной освещенности под открытым небом.

«Красная черта» – условная линия, отделяющая помещения операционного блока от зоны помещений общебольничного режима. При необходимости персонал других отделений лечебной организации должен проходить в операционный блок из зоны общебольничного режима только через санитарные пропускники, с соблюдением всех санитарных требований.

Кратность воздухообмена – соотношение объема подаваемого (удаляемого) воздуха в час к объему данного помещения.

Кресло стоматологическое – оборудование (пневмо- или электрическое), предназначенное для физиологически комфортного размещения пациента при проведении стоматологических манипуляций. Должно обеспечивать положение пациента сидя, лежа, а также его перемещение по высоте для обеспечения наиболее оптимального доступа врача. Конструкция должна обеспечивать оптимальную возможность дезинфекции поверхностей.

Лечебно-профилактические организации (ЛПО) – все виды организаций, независимо от организационно-правовой формы и формы собственности, основным видом деятельности которых является амбулаторно-поликлиническая и /или стационарная медицинская помощь.

Медицинская деятельность – работы и услуги по оказанию соответствующих видов медицинской помощи.

Микробиологический мониторинг – важный параметр эпидемиологического надзора, позволяющий определить этиологическую структуру ВБИ, обнаружить циркуляцию госпитальных штаммов, оценить качество дезинфекционно-стерилизационного режима, а также выявить предвестники эпидемиологического неблагополучия, своевременно и целенаправленно провести профилактические мероприятия.

Обработка рук хирургов – комплекс методических приемов, включающий в себя гигиеническое мытье рук (кистей, запястий и предплечий) с последующей их обработкой кожным антисептиком, для уничтожения транзиторной, а также снижения количества резидентной (естественной) микрофлоры.

Организация — это юридическое лицо либо структурное подразделение юридического лица, осуществляющее медицинскую деятельность на основании лицензии и в соответствии с законодательством, регулирующим оказание медицинских услуг.

Организация, осуществляющая медицинскую деятельность (ООМД) – лечебно-профилактические организации, а также другие ин-

дивидуальные предприниматели и юридические лица, для которых осуществляемая медицинская деятельность не является основной.

Оснащение рабочего места врача-стоматолога – рекомендуемый перечень оборудования, аппаратов и приборов, инструментов, материалов и медикаментов, используемых для оказания амбулаторно-поликлинической стоматологической помощи.

Палата – помещение, в котором осуществляется диагностика, лечение, наблюдение и уход за пациентами.

Палата совместного пребывания – палата, предназначенная для совместного пребывания пациента и лица, его сопровождающего, чаще всего ребенка и матери.

Перевязочная асептическая – предназначена для проведения перевязок, ревизии ран, снятия послеоперационных швов с ран, заживших первичным натяжением, и других аналогичных манипуляций у больных, не имеющих симптоматики гнойно-септических инфекционных заболеваний.

Перевязочная септическая – предназначена для пациентов, перенесших операции по поводу гнойных процессов, ревизии ран, снятия послеоперационных швов с ран заживших вторичным натяжением и других аналогичных манипуляций у больных, имеющих симптоматику гнойно-септических инфекционных заболеваний.

Переоборудование – частичная или полная замена медицинского, технологического или инженерного оборудования в связи с появлением новых моделей и технологий, а также в результате их физического износа.

Перепланировка, реконструкция – комплекс проектных, строительных, монтажных и отделочных работ, проводимых с целью изменения конфигурации помещения, подразделения, здания. При этом их функциональное назначение может как изменяться, так и сохраняться.

Перепрофилирование – изменение функционального назначения помещения, подразделения, здания, которое может проводиться с перепланировкой и заменой медицинского, технологического и инженерного оборудования.

Перинатальный медицинский центр – это организация, в которой проводятся консультации, лечение и реабилитация беременных и родивших женщин, а также новорождённых, в т. ч. второй этап выхаживания, осуществляются ведение беременности и родов, диагностика и лечение всех видов бесплодия, используются вспомогательные репродуктивные технологии.

Предстерилизационная очистка изделий медицинского назначения – удаление с изделий, подлежащих стерилизации, любых органических (белковых, жировых и др.) и неорганических загрязнений, в т. ч. остатков лекарственных средств.

Производственные помещения ООМД – это помещения, в которых осуществляется лечебно-диагностический процесс, а также помещения, параклинических служб (пищеблок, ЦСО, дезкамера, аптека и пр.). Бытовые и административные помещения производственными не являются.

Профилактическая дезинфекция – комплекс дезинфекционных мероприятий для снижения микробной контаминации различных объектов, количества членистоногих и грызунов, которые проводятся при отсутствии инфекционных или паразитарных заболеваний с целью предупреждения их возникновения и распространения.

Разряд стоматологической медицинской организации – показатель, характеризующий объем и номенклатуру стоматологических услуг, работ и технологий.

Рентгеновские аппараты – специализированные стоматологические рентгеновские аппараты для проведения рентгенодиагностики в стоматологии, в т. ч. аппараты с высокочувствительным приёмником изображения.

Светильник операционный – лампа, обеспечивающая освещение рабочего поля врача-стоматолога. Имеет характеристики необходимого спектра света и количества рефлекторных поверхностей. Может крепиться на кресле пациента стоматологическом, мебели, стене или мобильном основании.

Средства индивидуальной защиты – это средства защиты персонала от физических, биологических и химических факторов окружающей среды. К ним относятся: перчатки, маски, очки, щитки, фартуки, нарукавники, обувь, спецодежда и др.

Стерилизация изделий медицинского назначения – уничтожение (умерщвление) на (в) изделиях микроорганизмов всех видов, находящихся на всех стадиях развития, включая споровые формы.

Стерилизующее средство – физический или химический агент, способный вызывать гибель всех видов организмов, находящихся на любой стадии развития, включая споровые формы.

Стоматологическая установка – совокупность механизмов и приспособлений, включающая блок врача-стоматолога (бормашина), кресло стоматологическое, гидроблок стоматологический, светильник операционный. Данные части могут быть закреплены на единой несущей стани-

не, либо крепиться взаимно, либо раздельно к несущим конструкциям (стене, мебели).

Стоматологические медицинские организации – юридические лица, независимо от их организационно-правовой формы и формы собственности, а также индивидуальные предприниматели, осуществляющие оказание всех видов стоматологической помощи.

Технологические потоки «грязные» – потоки, представляющие опасность возникновения и распространения внутрибольничных инфекционных заболеваний (использованный инструментарий, грязное белье, медицинские отходы и др.)

Технологические потоки «чистые» – потоки, не представляющие опасности возникновения и распространения внутрибольничных инфекционных заболеваний (стерильный инструментарий, лекарственные средства, чистое белье, пища и др.).

Фильтр-бокс – предусматривается в детских амбулаторно-поликлинических организациях общего профиля (поликлиники) для предварительного осмотра детей и состоит из помещений фильтра (рабочее место медицинского работника) и двух помещений для осмотра, один из которых имеет выход наружу.

Эпидемиологический надзор за внутрибольничными инфекциями – система мониторинга за динамикой эпидемического процесса внутрибольничных инфекций (носительство, заболеваемость, летальность), факторами и условиями, влияющими на их распространение, анализ и обобщение полученной информации для разработки профилактических и противоэпидемических мероприятий.

Приложение 17
(справочное)

Рекомендуемый порядок расследования групповых внутрибольничных заболеваний среди новорождённых и родильниц

1. Выявление источников инфекции при групповых заболеваниях проводят на основании данных клинического и микробиологического обследования новорождённых, родильниц и медицинского персонала.

2. В процессе расследования групповой заболеваемости эпидемиологический анализ включает:

• анализ заболеваемости ВБИ новорождённых и родильниц в данном стационаре и функционально связанных с ним учреждениях во время вспышки, за месяц, предшествующий возникновению групповых заболеваний, при необходимости – за более длительный период времени;

• изучение особенностей клинического течения ВБИ новорождённых и родильниц;

• изучение этиологической структуры ВБИ и характеристики возбудителей, выделенных от новорождённых и родильниц;

• изучение инфекционной заболеваемости (носительства) медицинского персонала с определением этиологической структуры;

• анализ данных санитарно-бактериологических исследований объектов окружающей среды в учреждении;

• сопоставление данных этиологии ВБИ новорождённых, родильниц, медицинского персонала и результатов контроля стерильности и исследования объектов окружающей среды;

• выявление источников инфекции, определение ведущих факторов передачи и условий, способствующих возникновению групповых заболеваний;

• разработка и реализация комплекса противоэпидемических мероприятий по локализации и ликвидации групповых внутрибольничных заболеваний.

3. Анализ заболеваемости ВБИ в акушерском стационаре базируется на:

• материалах официальной регистрации случаев инфекционных заболеваний («Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививки» – ф. № 058/у, журнал учета инфекционных заболеваний – ф. № 060/у);

• результатах изучения историй родов (ф. № 096/у) и историй развития новорождённых (ф. № 097/у);

• результатах изучения журналов отделения (палат) для новорождённых (ф. № 102/у) и журналов записи оперативных вмешательств в стационаре (ф. № 008/у);

• информации о заболеваемости, поступающей из детских поликлиник и больниц, женских консультаций, гинекологических и хирургических отделений больниц для взрослых;

• протоколах (картах) патолого-анатомических исследований (ф. № 013/у), врачебных свидетельств о смерти;

• результатах прижизненных и посмертных исследований умерших за последние 1—3 месяца, данных ЗАГСа об умерших новорождённых и родильницах.

4. При изучении особенностей клинического течения инфекционных заболеваний новорождённых учитывают:

• начало заболевания (по типу гастроэнтерита – при пищевом пути передачи; более медленное развитие клинических проявлений – при контактно-бытовой передаче; возникновение тяжелых септических форм через 1—2 суток после рождения при массивном заражении во время обработки пупочной раны и т. д.);

• соотношение тяжелых и легких форм клинического течения (преобладание среднетяжелых и тяжелых форм при пищевом пути передачи, связанном с жидкими лекарственными формами и искусственным вскармливанием; при контактно-бытовом пути передачи, в т. ч. через руки медицинского персонала, тяжесть инфекции определяется местом внедрения возбудителя и изначальным состоянием новорождённого; при артифициальном механизме передачи – тяжесть течения определяется травматичностью медицинского вмешательства, его локализацией и массивностью обсеменения);

• соотношение генерализованных и локализованных форм ВБИ.

Для дифференциации заболеваний внутриутробного характера применяют следующие ориентировочные критерии:

• возникновение клинических проявлений в течение первых 72 ч после рождения;

• идентичность микрофлоры матери и возбудителя заболевания у ребенка.

Маловероятен внутриутробный характер инфицирования при таких нозологических формах, как инфекционный мастит, гнойно-воспалительные заболевания кожи, перитонит, омфалит, дакриоцистит, изолированные инфекции мочевых путей или энтероколит.

Инфекции, проявившиеся после 4 суток (96 ч) жизни, связаны в основном с внутрибольничным инфицированием за исключением некоторых вирусных болезней (герпетическая, цитомегаловирусная и другие инфекции).

При такой нозологической форме как конъюнктивит, внутриутробное заражение характерно только для специфических инфекций (гонорея, хламидиоз), при этом клинические проявления болезни могут быть отсрочены; стафилококковые и другие бактериальные конъюнктивиты обусловлены преимущественно внутрибольничным заражением.

Заключение о внутрибольничном или внутриутробном характере инфицирования основывается также на результатах анализа эпидемиологической ситуации в учреждении родовспоможения с учетом заболеваемости персонала и результатов микробиологического мониторинга.

5. Для изучения этиологической структуры ВБИ и характеристики выделенных возбудителей проводятся исследования:

- материала из закрытого патологического локуса (наиболее достоверные результаты);
- отделяемого патологического очага (с количественным определением возбудителя);
- выделений (моча, фекалии, мокрота) в зависимости от клинических проявлений;
- крови (при явлениях септицемии, сепсиса);
- ликвора (при менингиальных явлениях);
- материала от лиц, общавшихся с больными.

6. Изучение инфекционной заболеваемости у медицинского персонала проводится за 1—3 месяца, предшествующие возникновению групповых заболеваний по:

- больничным листам нетрудоспособности;
- табелям учета рабочего времени;
- данным диспансерного наблюдения.

Во время вспышки ВБИ с целью выявления источников инфекции среди медицинского персонала проводится клиническое и бактериологическое обследование.

При стафилококковой этиологии вспышки (золотистый стафилококк) проводится обследование медицинского персонала на носительство стафилококка на слизистых передних отделов носа, при стрептококковой инфекции исследуются мазки из зева. При заболеваниях, вызванных грамотрицательными бактериями, большое значение приобретают исследования, направленные на выявление лиц с вялопротекающей почечной патологией (пиелонефриты). При вспышке сальмонеллезов и других кишечных инфекций проводится бактериологическое исследование фекалий.

7. При расследовании вспышки составляют пофамильные списки:

- больных и умерших во время регистрации групповых инфекционных заболеваний в акушерском стационаре (табл. 1);

• новорождённых и родильниц, контактировавших с заболевшими и умершими (табл. 2);

• новорождённых и родильниц, переболевших за 1—3 месяца до возникновения вспышки (табл. 3);

• медицинского персонала, переболевшего за 1—3 месяца до вспышки (табл. 4).

8. Во время групповых заболеваний расширяются масштабы санитарно-бактериологических исследований на патогенные и условно-патогенные микроорганизмы с учетом эпидемиологической значимости объектов окружающей среды и предполагаемого этиологического фактора (табл. 5).

9. Выявляются условия, способствующие возникновению групповых заболеваний. В их числе могут быть:

• несвоевременная изоляция и перевод больных;

• лечение малых форм ВБИ в акушерском стационаре;

• нарушение цикличности заполнения палат;

• нарушения в работе централизованного стерилизационного отделения, аптеки, комнаты для сбора, пастеризации и хранения грудного молока, дезинфекционных камер;

• использование нестерильного белья;

• перебои в снабжении бельем, нарушения в работе прачечной;

• несоблюдение медицинским персоналом санитарно-гигиенических и противоэпидемических правил и требований;

• аварийные ситуации в системе водоснабжения, канализации, вентиляции, электросети;

• недостаточная обеспеченность моющими, дезинфицирующими и стерилизующими средствами;

• несоответствие количества родов мощности стационара;

• низкая материально-техническая оснащенность родильного дома (отделения).

10. На основании анализа заболеваемости ВБИ новорождённых, их этиологической структуры, особенностей клинического течения, условий, способствующих возникновению групповых заболеваний, биологической характеристики штаммов микроорганизмов, циркулирующих в стационаре, делается заключение о причинах группового заболевания, типе эпидемического процесса, источниках инфекции, ведущих путях и факторах передачи возбудителей инфекции, обусловивших возникновение заболеваний. С учетом этого заключения разрабатывается и реализуется комплекс противоэпидемических и профилактических мероприятий по локализации и ликвидации групповых внутрибольничных забо-

леваний, включающих назначение средств специфической и неспецифической профилактики с целью повышения защитных реакций организма.

Таблица 1

Список заболевших и умерших новорождённых детей во время групповых инфекционных заболеваний в родильном доме (отделении)

№№ п.п	Ф., И., О.	№ истории родов (развития новорождённого)	отделение, № палаты	Даты						Диагноз: первичный, заключительный и патолого-анатомический	Результаты бактериологических исследований	
				поступления	родов	передвижения в отделении	выписки (перевода), смерти	заболевания	госпитализации		дата забора материала	указать исслед. материал и возбудитель
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Таблица 2

Список и результаты бактериологического обследования новорождённых и родильниц, контактных с заболевшими

№№ пп	Ф.,И.,О.	№ истории родов (развития новорождённого)	Отделение, № палаты	Даты					Исследуемый материал	Результаты бактериологического исследования
				поступления	родов	выписки (перевода)	передвижение по палатам	исследования		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Таблица 3

Список и результаты бактериологического обследования новорождённых и родильниц, переболевших за 1—3 месяца до возникновения групповых заболеваний

№№ пп	Ф.,И.,О.	№ истории родов (развития новорождённого)	Отделение, № палаты	Даты				Диагноз	Дата бактер. исследования (забора материала)	Материал и результат бактериологического исследования
				рождения	выписки	заболевания	госпитализации			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Таблица 4

Список и результаты бактериологического обследования медицинского персонала, переболевшего за 1—3 месяца до возникновения групповых заболеваний

№№ пп	Ф.,И.,О.	Должность	Отделение (указать обслуживаемые палаты)	Заболеваемость в предшествующие 1—3 месяца		Дата выхода на работу	Дата бактериологического исследования	Результат
				сроки	диагноз			
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Таблица 5

Результаты исследований объектов окружающей среды

№№ отделения	Смывы										
	дата взятия смывов	место взятия смывов	количество смывов	число положительных результатов	в том числе						
					кишечная палочка	стафилококк	клебсиелла	синегнойная палочка	протей	сальмонеллы	другие виды возбудителей
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Продолжение таблицы 5

Воздух							Грудное молоко, растворы для питья, лекарственные формы						
дата отбора проб	место отбора проб	количество проб	число положительных результатов	в том числе			дата и место отбора	исследуемый материал	количество проб	из них с положительным результатом	количитр	общее микробное число	выделяемая флора
				общее количество в 1 м^3	количество стафилококка в 1 м^3	другие виды возбудителей							
13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

Продолжение таблицы 5

Материалы на стерильность			Химический контроль					
			дез. растворы			сухие дез. растворы		
место отбора материалов	количество проб	из них с положительным результатом	дата и место отбора	количество проб	из них с содержанием хлорактивных веществ	дата и место отбора	количество проб	из них с содержанием хлорактивных веществ
27	28	29	30	31	32	33	34	35

Примечания: При неудовлетворительном результате исследования в соответствующие графы вносятся результаты по каждой неудовлетворительной пробе с указанием рода, вида, серо- или фаговара возбудителя.

Приложение 18
(справочное)

Определение потребности в дезинфицирующих, стерилизующих средствах, средствах для предстерилизационной очистки и кожных антисептиках

Обеззараживание поверхностей, предметов обстановки, мягкой мебели проводят в соответствии с требованиями проведения дезинфекционных мероприятий при различных инфекционных заболеваниях, утвержденными в установленном порядке.

Для определения потребности в дезинфицирующих средствах для обработки помещений необходимо рассчитать общую площадь внутренней поверхности помещения (S), подлежащей обеззараживанию, по формуле:

$$S = S_{потолка}^{*} + S_{пола} + S_{стен}$$

Площадь стен ($S_{стен}$) рассчитывается по формуле:

$$S_{стен} = 2h \cdot (a + b), \text{ где}$$

a – длина пола;

b – ширина пола;

h – высота помещения.

Допускается вместо высоты помещения обрабатывать стены на высоту не более 2 м.

Обеззараживание медицинской мебели (кушетки, кровати, каталки, матрасы с особым покрытием, стулья, прикроватные тумбочки) проводится в учреждениях стационарного профиля в случае выписки или смерти инфекционного больного.

Площадь поверхности медицинской мебели, подлежащей обеззараживанию (S_m), рассчитывается по формуле:

$$S_m = a \cdot b \cdot C, \text{ где}$$

a – длина стороны предмета мебели;

b – ширина стороны предмета мебели;

C – коэффициент, равный 1—4, в зависимости от того, сколько сторон обрабатывается.

Потребность в дезинфицирующем средстве для обработки поверхности при профилактической дезинфекции:

$$O_{ds(з)} = 0{,}01 \cdot N \cdot K \cdot S \cdot KR_c \cdot C, \text{ где}$$

$O_{ds(з)}$ – общее количество дезинфицирующего средства, необходимое для обеззараживания поверхностей помещений, л;

---

* Учитывается в расчете при необходимости обработки потолка.

N – норма расхода дезинфицирующего раствора дезсредства (согласно инструкциям по применению конкретных препаратов и нормативным документам), мл/м^2;

K – коэффициент, равный величине концентрации дезинфицирующего раствора по препарату, %;

C – количество суток в расчетном периоде (месяц, квартал, полугодие, год);

S – площадь обрабатываемых внутренних поверхностей, м^2;

KR_c – кратность обработки в сутки:

• помещения приемного отделения хирургического стационара – 2 раза в сутки;

• для палат с гнойно-септическими заболеваниями и послеоперационными гнойными осложнениями хирургических отделений, асептических палат – 1 раз в сутки;

• стационаров и отделений новорождённых и недоношенных детей – 1 раз в сутки;

• стол пеленальный, детские весы – после каждого осмотра новорождённого;

• операционные, родильные залы – после каждой операции, приема родов, при наличии одного родильного зала – 1 раз в сутки при отсутствии родов;

• послеродовое физиологическое отделение с раздельным и совместным пребыванием матери и ребенка, отделение новорождённых – после третьего кормления новорождённых;

• палат акушерских стационаров – 1 раз в сутки;

• палат инфекционных отделений – 2 раза в сутки.

Потребность в дезинфицирующем средстве для очистки и обеззараживания поверхностей при генеральной уборке с кратностью обработки 1 раз в неделю:

$$O_{ds(з)} = 0{,}01 \cdot N \cdot K \cdot S \cdot H, \text{ где}$$

$O_{ds(з)}$ – общее количество дезинфицирующего средства, необходимое для обеззараживания поверхностей помещений, л;

N – норма расхода дезинфицирующего раствора дезсредства (согласно инструкциям по применению конкретных препаратов и нормативным документам), мл/м^2.

K – коэффициент, равный величине концентрации дезинфицирующего раствора по препарату, %;

S – площадь обрабатываемых внутренних поверхностей, м^2;

H – количество недель в расчетном периоде (месяц, квартал, полугодие, год), если генеральная уборка проводится еженедельно. Если уборка проводится 1 или 2 раза в месяц, то H равно соответственно 1 или 2 и

при расчете количества дезинфицирующих средств O_{ds} на квартал, полугодие или год необходимо рассчитанный месячный объем умножить на количество месяцев соответственно в квартале, полугодии, году.

При определении потребности в дезинфицирующем средстве для обеззараживания санитарно-технического оборудования, наружных поверхностей технологических емкостей исходят из нормативов для расчетов площадей сантехнического оборудования:

- одной ванны – 3 м^2;
- одного унитаза или биде – 0,5 м^2;
- одной раковины – 0,5 м^2;
- одного душевого поддона – 1 м^2.

Потребность в дезинфицирующем средстве для обеззараживания поверхности санитарно-технического оборудования:

$$O_{ds_{san(л)}} = 0{,}01 \cdot N \cdot K \cdot S \cdot KRc \cdot C, \text{ где}$$

$O_{ds_{san(л)}}$ – общее количество дезинфицирующего средства, необходимое для обеззараживания поверхностей санитарно-технического оборудования, л;

N – норма расхода дезинфицирующего раствора (согласно инструкциям по применению конкретных препаратов и нормативным документам), мл/м^2;

K – коэффициент, равный величине концентрации дезинфицирующего раствора по препарату, %;

S – общая площадь обрабатываемого санитарно-технического оборудования, м^2;

KR_c – кратность обработки в сутки;

C – количество суток в расчетном периоде (месяц, квартал, полугодие, год).

Потребность в дезинфицирующем средстве для обеззараживания внутренних поверхностей технологических емкостей (для дезинфекции, замачивания, очистки):

$$O_{ds_{t(л)}} = 0{,}01 \cdot V_d \cdot K \cdot Q, \text{ где}$$

$O_{ds_{t(л)}}$ – общее количество дезинфицирующего средства, необходимое для обеззараживания технологических емкостей, л;

V_d – объем дезинфицирующего раствора, необходимый для заполнения емкостей, л;

K – коэффициент, равный величине концентрации дезинфицирующего раствора по препарату, %;

Q – число обработок в расчетный период (месяц, квартал, полугодие, год).

Определение потребности в дезинфицирующем средстве для обеззараживания белья.

Норма расхода рабочего раствора дезинфицирующего средства при обеззараживании белья, загрязненного выделениями и кровью при инфекциях бактериальной и вирусной этиологии, составляет 4 л на 1 кг сухого белья и 5 л на 1 кг сухого белья при туберкулезе, холере и других кишечных инфекциях.

Потребность в дезинфицирующем средстве для обеззараживания белья:

$$O_{dsb(л)} = 0{,}01 \cdot K \cdot N_d \cdot K_b \cdot C, \text{ где}$$

$O_{dsb(л)}$ – общее количество дезинфицирующего средства для обеззараживания белья, л;

K – коэффициент, равный величине концентрации дезинфицирующего раствора по препарату, %;

N_d – норма расхода дезинфицирующего раствора для обеззараживания белья, л/кг;

K_b – количество обрабатываемого белья в сутки, кг;

C – количество суток в расчетном периоде (месяц, квартал, полугодие, год).

Определение потребности в дезинфицирующем средстве для обеззараживания посуды.

Норма расхода дезинфицирующего раствора для обеззараживания посуды составляет 2 л на 1 комплект (2 тарелки, стакан или чашка с блюдцем, 2 ложки, вилка, нож).

Потребность в дезинфицирующем средстве для обеззараживания посуды:

$$O_{ds_{pos}(л)} = 0{,}01 \cdot K \cdot 2 \cdot KP \cdot C, \text{ где}$$

$O_{ds_{pos}(л)}$ – общее количество дезинфицирующего средства, необходимое для обеззараживания посуды, л;

K – коэффициент, равный величине концентрации дезинфицирующего раствора по препарату, %;

2 – норма расхода дезинфицирующего раствора на 1 комплект посуды, л;

KP – количество комплектов посуды за сутки, равный количеству больных × 3;

C – количество суток в расчетном периоде (месяц, квартал, полугодие, год).

Определение потребности в дезинфицирующем средстве для обеззараживания предметов ухода за больными, игрушек, уборочного инвентаря, лабораторной посуды.

Согласно существующим нормативам:

• игрушки погружают в раствор, закрывают крышкой, препятствуя их всплытию;

• термометры, предметы ухода за больными (судна, утки, поильники, грелки, пузыри для льда, подкладные круги, клеенки, клеенчатые чехлы для матрасов, клеенчатые нагрудники) полностью погружают в раствор;

• лабораторные инструменты, иглы, капилляры, предметные стекла, пробирки, меланжеры, счетные камеры, кюветы фотоэлектрометра, пипетки, наконечники, резиновые груши, баллоны и т. д., посуду обеззараживают после каждого использования.

Использованные объекты погружают в дезинфицирующий раствор. Объекты, имеющие внутренние каналы, перед этим заполняют дезинфицирующим раствором (в объеме 5—10 мл) с помощью груши для удаления остатков крови и сыворотки.

Фактический расход дезинфицирующего раствора для полного погружения изделия в раствор и заполнения его полостей определяется измерением внутреннего объема емкостей, используемых для обеззараживания.

Потребность в дезинфицирующем средстве для обеззараживания предметов ухода за больными, игрушек, уборочного инвентаря, лабораторной посуды:

$$O_{ds_{p(з)}} = 0{,}01 \cdot K \cdot V_d \cdot C, \text{ где}$$

$O_{ds_{p(л)}}$ – общее количество дезинфицирующего средства, необходимое для обеззараживания предметов ухода за больными, игрушек, уборочного инвентаря, л;

K – коэффициент, равный величине концентрации дезинфицирующего раствора по препарату, %;

V_d – объем дезинфицирующего раствора, необходимый для полного погружения изделия в раствор и заполнения его полостей, л;

C – количество суток в расчетном периоде (месяц, квартал, полугодие, год).

Определение потребности в средствах для предстерилизационной очистки и обеззараживания изделий медицинского назначения многократного применения.

Согласно установленным нормативам, расход дезинфицирующего или моющего раствора средства с учетом полного погружения изделия в раствор и заполнения его полостей составляет:

• один шприц – 0,1 л;

• одна система переливания крови – 0,5 л;

• один комплект для осмотра шейки матки – 2,5 л;

• один набор для приема родов – 3 л;

• набор для полостной гинекологической операции – 10 л;

• набор для акушерской операции (кесарево сечение) – 6 л;

• набор для восстановления промежности (после родов с перинеоили эпизиотомией) – 3 л.

Определение потребности в средствах для предстерилизационной очистки и обеззараживания изделий медицинского назначения многократного применения проводится исходя из фактического расхода дезинфицирующего раствора, необходимого для полного погружения изделия в раствор и заполнения его полостей, который определяется измерением внутреннего объема емкостей, используемых для обработки.

Потребность в средствах для предстерилизационной очистки и обеззараживания изделий медицинского назначения многократного применения:

$$O_{ds_{imn(л)}} = 0{,}01 \cdot K \cdot V_d \cdot (C : C_г), \text{ где}$$

$O_{ds_{imn(л)}}$ – общее количество средства для предстерилизационной очистки и обеззараживания изделий медицинского назначения многократного применения, л;

K – коэффициент, равный величине концентрации дезинфицирующего или моющего раствора по препарату, %;

V_d – расход дезинфицирующего или моющего раствора на комплект изделий медицинского назначения при полном погружении, л:

- для стоматологических кабинетов, поликлиник – 1 комплект = 1 посещению;
- для эндоскопических кабинетов, отделений 1 комплект = 1 исследованию;
- для хирургических кабинетов поликлиник, отделений стационара 1 комплект = 1 операции;

$C_г$ – фактический срок годности дезинфицирующего или моющего раствора в сутках (определяется эмпирическим путем с момента первого погружения ИМН в раствор до визуального изменения раствора – помутнения, изменения цвета, появления хлопьев, осадка); для растворов сроком годности 1 сутки $C_г = 1$.

C – количество суток в расчетном периоде (месяц, квартал, полугодие, год).

Определение потребности в дезинфицирующем средстве для обеззараживания изделий медицинского назначения однократного применения, перевязочного материала, загрязненного инфицированными биологическими жидкостями, выделений, остатков пищи, рвотных масс и т. п.

Одноразовые изделия медицинского назначения, перевязочный материал, загрязненный инфицированными биологическими жидкостями, биологические выделения, остатки пищи, рвотные массы и т. п. относятся к классу Б (опасные, рискованные отходы) или В (чрезвычайно опасные отходы) и подвергаются обеззараживанию.

Потребность в дезинфицирующем средстве для обеззараживания изделий медицинского назначения однократного применения:

$$O_{ds_{imnod(л)}} = 0{,}01 \cdot K \cdot K_d \cdot K_{IMod} \cdot C, \text{ где}$$

$O_{ds_{imnod(л)}}$ – общее количество дезинфицирующего средства для обеззараживания изделий медицинского назначения однократного применения, л;

K – коэффициент, равный величине концентрации дезинфицирующего раствора по препарату, %;

K_d – норма расхода дезинфицирующего раствора на 1 изделие медицинского назначения однократного применения (или комплект) соответствует нормам расхода рабочего раствора для обеззараживания изделий медицинского назначения многократного применения, л;

K_{lMod} – количество обрабатываемых изделий медицинского назначения однократного применения в сутки;

C – количество суток в расчетном периоде (месяц, квартал, полугодие, год).

Определение потребности в дезинфицирующем средстве для обеззараживания выделений, остатков пищи, перевязочного материала, загрязненного инфицированными биологическими жидкостями.

При определении потребности используются эффективные нормы расхода дезинфицирующего раствора (л): от 4 до 5 л – на 1 кг для обеззараживания перевязочного материала, загрязненного инфицированными биологическими жидкостями, и 2 л – на 1 кг для обеззараживания выделений, остатков пищи, рвотных масс, а также нормы, указанные в методических указаниях (инструкциях) по применению конкретного средства.

Потребность в дезинфицирующем средстве для обеззараживания выделений, остатков пищи, рвотных масс и т. п. и перевязочного материала, загрязненного инфицированными биологическими жидкостями:

$$O_{ds_{в(л)}} = 0{,}01 \cdot K \cdot N_d \cdot K_m \cdot C, \text{ где}$$

$O_{ds_{в(л)}}$ – общее количество дезинфицирующего средства для обеззараживания выделений, остатков пищи, перевязочного материала, л;

K – коэффициент, равный величине концентрации дезинфицирующего раствора по препарату, %;

N_d – норма расхода дезинфицирующего раствора для обеззараживания 1 кг выделений, остатков пищи, перевязочного материала, л;

K_m – количество обрабатываемого перевязочного материала (выделений, остатков пищи) в сутки, кг;

C – количество суток в расчетном периоде (месяц, квартал, полугодие, год).

Потребность в сухом дезинфицирующем средстве (порошках, гранулах) для обеззараживания выделений, остатков пищи, перевязочного материала, загрязненного инфицированными биологическими жидкостями:

$$O_{ds_{vo(kg)}} = N_{ds} \cdot K_m \cdot C, \text{ где}$$

$O_{ds_{vo(kg)}}$ – общее количество дезинфицирующего средства для обеззараживания выделений остатков пищи, перевязочного материала, кг;

N_{ds} – норма расхода дезинфицирующего средства для обеззараживания 1 кг выделений, остатков пищи, перевязочного материала, кг;

K_m – количество обрабатываемого перевязочного материала (выделений, остатков пищи) в сутки, кг;

C – количество суток в расчетном периоде (месяц, квартал, полугодие, год).

Определение потребности в дезинфицирующем средстве для обеззараживания контейнеров.

Потребность в дезинфицирующем средстве для обеззараживания контейнеров (расчет проводится по площади многоразовых контейнеров):

$$O_{ds_{k(l)}} = 0{,}01 \cdot N \cdot K \cdot S_k \cdot Q, \text{ где}$$

$O_{ds_{k(l)}}$ – общее количество дезинфицирующего средства, необходимое для обеззараживания контейнеров, л;

N – норма расхода дезинфицирующего раствора дезсредства (согласно инструкциям по применению конкретных препаратов и нормативным документам), мл/м^2;

K – коэффициент, равный величине концентрации дезинфицирующего раствора по препарату, %;

S_k – общая площадь многоразового контейнера, подлежащего обеззараживанию (стандарт – 6 м^2), м^2;

Q – количество процедур обеззараживания в расчетном периоде (день, месяц, квартал, полугодие, год).

Определение потребности в средстве для предстерилизационной и окончательной очистки эндоскопов.

Потребность в средстве для предстерилизационной и окончательной очистки эндоскопов:

$$O_{ds_{psoe(l)}} = 0{,}01 \cdot K \cdot V_d \cdot (C : C_r), \text{ где}$$

$O_{ds_{psoe(l)}}$ – общее количество средства, необходимое для предстерилизационной или окончательной очистки эндоскопов, л;

K – коэффициент, равный величине концентрации раствора средства по препарату, %;

V_d – объем раствора средства для полного погружения эндоскопа с заполнением его внутренних каналов, л;

C_r – фактический срок годности моющего раствора в сутках (определяется эмпирическим путем с момента первого погружения ИМН в раствор до визуального изменения раствора – помутнения, изменения цвета, появления хлопьев, осадка); для растворов сроком годности 1 сутки $C_r = 1$.

C – количество суток в расчетном периоде (месяц, квартал, полугодие, год).

Определение потребности в дезинфицирующем средстве для дезинфекции высокого уровня эндоскопов, стерилизации изделий медицинского назначения многократного применения, эндоскопов и инструментов к ним.

Потребность в стерилизующем средстве для дезинфекции высокого уровня эндоскопов, стерилизации изделий медицинского назначения многократного применения, эндоскопов и инструментов к ним:

$$O_{sd_{dvu(л)}} = 0{,}01 \cdot K \cdot V_{sd} \cdot (C : C_г), \text{ где}$$

$O_{sd_{dvu(л)}}$ – общее количество стерилизующего средства, необходимое для дезинфекции высокого уровня эндоскопов и инструментов к ним, стерилизации изделий медицинского назначения многократного применения, эндоскопов и инструментов к ним, л;

K – коэффициент, равный величине концентрации стерилизующего раствора по препарату, %;

V_{sd} – объем дезинфицирующего, стерилизующего раствора, необходимый для полного погружения изделия медицинского назначения многократного применения или эндоскопа и инструментов к нему с заполнением внутренних каналов и полостей при дезинфекции высокого уровня или стерилизации, л;

$C_г$ – фактический срок годности дезинфицирующего, стерилизующего раствора в сутках (определяется эмпирическим путем с момента первого погружения ИМН в раствор до визуального изменения раствора – помутнения, изменения цвета, появления хлопьев, осадка); для растворов сроком годности 1 сутки $C_г = 1$;

C – количество суток в расчетном периоде (месяц, квартал, полугодие, год).

Потребность в стерилизующих (дезинфицирующих) средствах, производимых в виде готовых стерилизующих (дезинфицирующих) растворов, предназначенных для ДВУ эндоскопов, стерилизации изделий медицинского назначения многократного применения, в т. ч. эндоскопов и инструментов к ним:

$$O_{sd(л)} = V_{sd(л)} \cdot (C : C_г), \text{ где}$$

$O_{sd(л)}$ – общее количество стерилизующего (дезинфицирующего) средства, необходимое для ДВУ или стерилизации эндоскопов или ИМН многократного применения, л;

$V_{sd(л)}$ – объем стерилизующего (дезинфицирующего) средства, необходимый для полного погружения ИМН многократного применения или эндоскопа и инструментов к нему с заполнением внутренних каналов и полостей при дезинфекции высокого уровня или стерилизации, л;

$C_г$ – фактический срок годности дезинфицирующего, стерилизующего раствора в сутках (определяется эмпирическим путем с момента первого погружения ИМН в раствор до визуального изменения раствора – помутнения, изменения цвета, появления хлопьев, осадка); для растворов сроком годности 1 сутки $C_г = 1$;

C – количество суток в расчетном периоде (месяц, квартал, полугодие, год).

Определение минимальной потребности в кожных антисептиках для обработки рук хирургов, операционных сестер, акушеров, других специалистов, участвующих в операции, приеме родов, медицинских сестер процедурных кабинетов, отделений интенсивной терапии, реанимации, антисептиках для обработки кожных покровов пациентов.

Нормы расхода антисептиков на обработку 1 пары рук медицинского персонала/1 операционного поля:

- спиртосодержащий антисептик:
  - для обработки 1 пары рук члена операционной бригады, бригады по приему родов – 10 мл;
  - для обработки рук медицинской сестры перед инъекцией – 5 мл;
  - для обработки 1 операционного поля 5—80 мл (в зависимости от площади обрабатываемого кожного покрова);
  - для обработки 1 инъекционного поля – 5 мл;
- жидкое мыло – кожный антисептик:
  - для мытья 1 пары рук хирургов – 10 мл;
  - для гигиенического мытья 1 пары рук медицинского персонала – 5 мл.

Потребность в спиртосодержащих антисептиках для обработки рук хирургов, операционных сестер, акушеров и других специалистов, участвующих в оперативных вмешательствах, приеме родов:

$$VR_{ov(л)} = \frac{Q_o \cdot Q_{ob} \cdot 10}{1\,000}, \text{ где}$$

$VR_{ov(л)}$ – общий объем спиртосодержащего антисептика для обработки рук перед оперативными вмешательствами, л;

Q_o – количество операций;

Q_{ob} – количество членов операционной бригады.

Потребность в спиртосодержащих антисептиках для обработки рук членов перевязочной бригады (хирурга, врача-реаниматолога, лечащего врача хирургического подразделения ЛПО, медицинской сестры процедурного кабинета, палаты интенсивной терапии, реанимации) перед перевязками послеоперационных ран:

$$VR_{pp(л)} = \frac{Q_o \cdot 7 \cdot Q_{pb} \cdot 10}{1\,000}, \text{ где}$$

$VR_{pp(л)}$ – общий объем спиртосодержащего антисептика для обработки рук персонала перед перевязками послеоперационных ран, л;

Q_o – количество операций;

Q_{pb} – количество членов перевязочной бригады;

7 – минимальное количество перевязок при первичном заживлении раны.

Потребность в спиртосодержащих антисептиках для обработки рук медицинской сестры процедурного кабинета, палаты интенсивной терапии, реанимации перед инъекциями:

$$VR_{i(л)} = \frac{C \cdot C_i \cdot 5}{1\,000}, \text{ где}$$

$VR_{i(л)}$ – общий объем спиртосодержащего антисептика для обработки рук перед инъекциями, л;

C – количество суток в расчетном периоде (месяц, квартал, полугодие, год);

C_i – среднее число инъекций в сутки.

Потребность в спиртосодержащих антисептиках для обработки операционного поля перед оперативными вмешательствами:

$$V_{OP(л)} = \frac{Q_o \cdot W}{1\,000}, \text{ где}$$

$V_{OP(л)}$ – общий объем спиртосодержащего антисептика, необходимый для обработки операционных полей, л;

Q_o – количество операций;

W – среднее количество спиртосодержащего антисептика, необходимое для обработки операционного поля, мл.

Потребность в спиртосодержащих антисептиках для обработки послеоперационных ран:

$$V_{OR(л)} = \frac{Q_o \cdot 7 \cdot W}{1\,000}, \text{ где}$$

$V_{OR(л)}$ – общий объем антисептика для обработки послеоперационных ран на перевязках, л;

Q_o – количество операций;

W – среднее количество спиртосодержащего антисептика, необходимое для обработки операционного поля, мл;

7 – минимальное количество перевязок при первичном заживлении раны.

Потребность в спиртосодержащих антисептиках для обработки инъекционного поля:

$$V_{IP(л)} = \frac{C \cdot C_i \cdot 5}{1\,000}, \text{ где}$$

$V_{IP(л)}$ – общий объем спиртосодержащего антисептика для обработки инъекционных полей, л;

C – количество суток в расчетном периоде (месяц, квартал, полугодие, год);

C_i – среднее число инъекций в сутки.

Определение потребности в жидком мыле – кожном антисептике для мытья рук хирургов, операционных сестер, акушеров и других специалистов, участвующих в оперативных вмешательствах, приеме родов перед оперативными вмешательствами, родами:

$$V_{mob(л)} = \frac{Q_o \cdot Q_{ob} \cdot 10}{1\,000}, \text{ где}$$

$V_{mob(л)}$ – общий объем жидкого мыла – кожного антисептика для мытья рук перед оперативными вмешательствами, л;

Q_o – количество операций;

Q_{ob} – количество членов операционной бригады.

Потребность в жидком мыле – кожном антисептике для мытья рук членов перевязочной бригады (хирурга, врача-реаниматолога, лечащего врача хирургического подразделения ЛПО, медицинской сестры процедурного кабинета, палаты интенсивной терапии, реанимации) перед перевязками послеоперационных ран:

$$V_{moR(л)} = \frac{Q_o \cdot 7 \cdot Q_{pb} \cdot 5}{1\,000}, \text{ где}$$

$V_{moR(л)}$ – общий объем жидкого мыла – кожного антисептика для мытья рук перед перевязками послеоперационных ран, л;

Q_o – количество операций;

Q_{pb} – количество членов перевязочной бригады;

7 – минимальное количество перевязок при первичном заживлении раны.

Потребность в жидком мыле – кожном антисептике для мытья рук медицинской сестры процедурного кабинета, палаты интенсивной терапии, реанимации перед инъекциями:

$$V_{mi(л)} = \frac{C \cdot C_i \cdot 5}{1\,000}, \text{ где}$$

$V_{mi(л)}$ – общий объем жидкого мыла – кожного антисептика для мытья рук перед инъекциями, л;

C – количество дней в расчетном периоде (месяц, квартал, полугодие, год);

C_i – среднее число инъекций в сутки.

Для облегчения работы по дезинфекции и стерилизации в ЛПО могут вестись журналы и использоваться прилагаемые расчетные формы:

Примерная форма журнала учета получения и выдачи дезинфицирующих, стерилизующих средств, средств для предстерилизационной очистки, кожных антисептиков*

№ п/п	Дата получения	Наименование дез. средства, единица измерения (л, кг, банка, флакон)	Количество полученного средства	Подпись ответственного лица	Дата выдачи	Отделение	Количество выданного средства	Подпись медработника	Остаток
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

* Заполняется лицом, ответственным в организации за прием и выдачу дезинфекционных средств.

Примерная форма журнала расчетной потребности подразделения в дезинфицирующих, стерилизующих средствах, средствах для предстерилизационной очистки, кожных антисептиках

№ п/п	Объект дезинфекции	Наименование ДС	Концентрация раствора ДС по выбранному режиму инфекций	Норма расхода рабочих растворов ДС на 1 м^2 или на единицу обработки	Кратность обработок				Потребность			
					месяц	квартал	полугодие	год	месяц	квартал	полугодие	год
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Примерная форма журнала сводной расчетной потребности организации в дезинфицирующих, стерилизующих средствах, средствах для предстерилизационной очистки, кожных антисептиках

Наименование дезсредства	Наименование подразделения организации	Потребность в расчетный период			
		месяц	квартал	полугодие	год
1	2	3	4	5	6

Приложение 19
(справочное)

Работа администрации и специалистов лечебно-профилактической организации по организации и проведению дезинфекционных и стерилизационных мероприятий (примерное распределение обязанностей)

1.1. Руководитель лечебно-профилактической организации (главный врач):

• утверждает план производственного контроля, включающий выполнение дезинфекционных и стерилизационных мероприятий, и ежеквартально заслушивает отчет заместителя главного врача по эпидемиологической работе (врача-эпидемиолога) о его выполнении;

• назначает лиц, ответственных за проведение производственного контроля эффективности дезинфекционных и стерилизационных мероприятий;

• при отсутствии ЦС в структуре ЛПО назначает лиц, ответственных по отделениям за приобретение, контроль и эксплуатацию дезинфекционного и стерилизационного оборудования;

• назначает ответственное лицо за сбор и хранение отходов в ЛПО;

• утверждает договора с организациями, аккредитованными в установленном порядке, на проведение бактериологического и химического контроля эффективности дезинфекционных и стерилизационных мероприятий.

1.2. Заместитель руководителя ЛПО по эпидемиологической работе (врач-эпидемиолог или лицо, назначенное руководителем ЛПО):

• разрабатывает план производственного контроля, включающий выполнение дезинфекционных, стерилизационных мероприятий, и организует его выполнение;

• определяет функциональные обязанности и разрабатывает должностные инструкции для ответственных лиц, участвующих в организации и проведении производственного контроля дезинфекционных, стерилизационных мероприятий, утилизации медицинских отходов, и представляет их для утверждения главному врачу;

• организует составление сводной годовой заявки о потребности в дезинфекционном и стерилизационном оборудовании:

o установок для обеззараживания воздуха в помещениях;

o установок для получения растворов дезинфицирующих средств;

o оборудования для очистки, дезинфекции и стерилизации изделий медицинского назначения, включая эндоскопы и инструменты к ним;

o дезинфекционных камер;

• организует составление сводной годовой заявки о расчетной потребности средств:

○ дезинфицирующих средств для обеззараживания поверхностей в помещениях, мебели, приборов, аппаратов, санитарно-технического оборудования;

○ дезинфицирующих средств для обеззараживания изделий медицинского назначения, предметов ухода за больными, белья, столовой и лабораторной посуды, игрушек, уборочного инвентаря, отходов класса Б и В;

○ средств для дезинфекции высокого уровня эндоскопов;

○ средств для стерилизации изделий медицинского назначения (далее – ИМН), в т. ч. эндоскопов и инструментов к ним;

○ средств для предстерилизационной и предварительной очистки изделий медицинского назначения, в т. ч. эндоскопов и инструментов к ним; средств для окончательной очистки эндоскопов (перед дезинфекцией высокого уровня);

○ кожных антисептиков для гигиенической обработки рук медицинского персонала; обработки рук хирургов и других лиц, участвующих в операциях и при приеме родов; обработки операционного, инъекционного полей, локтевых сгибов доноров; санитарной обработки кожных покровов больных и медицинского персонала;

• оказывает методическую помощь сотрудникам ЛПО, ответственным за организацию и проведение дезинфекционных и стерилизационных мероприятий, а также осуществляет контроль качества их деятельности;

• организует обучение врачей, а совместно с главной медсестрой – обучение среднего медицинского персонала отделений ЛПО по вопросам организации проведения дезинфекционных и стерилизационных мероприятий;

• организует производственный контроль соблюдения дезинфекционных и стерилизационных мероприятий:

○ анализирует результаты контроля режимов применения и хранения рабочих растворов дезинфицирующих, стерилизующих средств, средств для предстерилизационной очистки, кожных антисептиков;

○ анализирует результаты контроля стерильности ИМН, в т. ч. эндоскопов и инструментов к ним, а также инъекционных растворов, приготовленных аптекой ЛПО;

○ организует проведение бактериологического и химического контроля эффективности дезинфекционных и стерилизационных мероприятий и анализирует его результаты с целью оценки правильности их проведения, качества предстерилизационной очистки ИМН, правильности использования дезинфицирующих и стерилизующих средств, кожных антисептиков, а также целесообразности их ротации;

○ организует заключение договоров с организациями, аккредитованными в установленном порядке, на проведение бактериологического и химического контроля эффективности дезинфекционных и стерилизационных мероприятий;

○ анализирует результаты физического, химического и бактериологического контроля работы дезинфекционного и стерилизационного оборудования;

• организует бактериологический контроль воздуха помещений, водных систем (систем водоснабжения, централизованных систем кондиционирования и увлажнения воздуха), объектов окружающей среды;

• принимает отчет соответствующих должностных лиц в соответствии с возложенными на них обязанностями по выполнению дезинфекционных и стерилизационных мероприятий;

• ежеквартально представляет руководителю ЛПО (главному врачу) доклад о результатах выполнения плана производственного контроля, в т. ч. дезинфекционных и стерилизационных мероприятий в структурных подразделениях ЛПО.

1.3. Заместитель руководителя ЛПО по экономическим вопросам (или лицо, назначенное руководителем организации ответственным за организацию финансирования закупок):

• проводит расчет затрат и обеспечивает финансирование приобретения дезинфицирующих, стерилизующих средств, средств для предстерилизационной очистки и кожных антисептиков, дезинфекционного и стерилизационного оборудования, вспомогательных и расходных материалов (химических и биологических индикаторов, стерилизационных упаковочных материалов и др.) в соответствии с потребностью учреждения.

1.4. Заместитель руководителя ЛПО по хозяйственной части или начальник АХЧ (или лицо, назначенное руководителем организации ответственным за выполнение указанных функций):

• обеспечивает грамотную в техническом и гигиеническом отношении эксплуатацию объектов на территории ЛПО, соблюдение соответствующих инструкций, режимов и требований нормативно-технической документации водных систем (систем водоснабжения, централизованных систем кондиционирования и увлажнения воздуха);

• организует при выявлении на территории ЛПО насекомых, членистоногих и грызунов проведение дезинсекционных и дератизационных мероприятий;

• заключает договора с организациями, аккредитованными в установленном порядке, на контрольное обследование территории и помещений ЛПО и проведение при необходимости дезинсекции и дератизации;

• заключает договора с организациями, аккредитованными в установленном порядке, на вывоз медицинских отходов с территории ЛПО;

• информирует заместителя главного врача по эпидемиологической работе (врача-эпидемиолога) о нарушении условий гигиенической эксплуатации объектов на территории ЛПО и водных систем.

1.5. Главная медицинская сестра (или лицо, назначенное руководителем организации ответственным за выполнение указанных функций):

• совместно с заместителем главного врача по эпидемиологической работе (врачом-эпидемиологом) организует выполнение плана производственного контроля в ЛПО;

• оказывает методическую помощь и обеспечивает старших медицинских сестер отделений методическими указаниями (инструкциями) по использованию дезинфицирующих, стерилизующих средств, средств для предстерилизационной очистки и кожных антисептиков;

• организует обучение среднего и младшего медицинского персонала отделений по вопросам организации и проведения дезинфекционных, стерилизационных мероприятий в отделениях;

• совместно с заместителем главного врача по эпидемиологической работе (врачом-эпидемиологом) проводит расчет общей потребности по организации в дезинфицирующих, стерилизующих средствах, средствах для предстерилизационной очистки и кожных антисептиках;

• проводит распределение дезинфицирующих и стерилизующих средств, средств для предстерилизационной очистки и кожных антисептиков по отделениям организации;

• проводит плановый производственный контроль:

○ наличия свидетельств государственной регистрации в Российской Федерации, сертификатов соответствия и инструкций по применению на дезинфицирующие и стерилизующие средства;

○ условий хранения дезинфекционных средств и правил безопасности проведения работ с дезинфицирующими, стерилизующими средствами, средствами для предстерилизационной очистки и кожными антисептиками;

○ правильности выполнения инструкций (методических указаний) по приготовлению и применению растворов дезинфицирующих, стерилизующих средств, средств для предстерилизационной очистки и кожных антисептиков в отделениях;

○ правильности ведения учетно-отчетной документации по применению и расходу дезинфицирующих и стерилизующих средств, средств для предстерилизационной очистки и кожных антисептиков;

• ежемесячно заслушивает отчеты старших медицинских сестер отделений о выполнении обязанностей;

• ежеквартально представляет доклад заместителю главного врача по эпидемиологической работе (врачу-эпидемиологу) о проведении дезинфекционных, стерилизационных мероприятий в ЛПО.

1.6. Лицо, ответственное за хранение дезинфицирующих средств:

• обеспечивает прием дезинфицирующих, стерилизующих средств, средств для предстерилизационной очистки и кожных антисептиков и наличие разрешительной документации на эти средства, условия их хранения;

• осуществляет хранение свидетельств о государственной регистрации, сертификатов соответствия ГОСТ Р и инструкций по применению дезинфицирующих, стерилизующих средств, средств для предстерилизационной очистки и кожных антисептиков;

• проводит выдачу дезинфицирующих, стерилизующих средств, средств для предстерилизационной очистки и кожных антисептиков в отделения ЛПО в соответствии с утвержденной разнарядкой;

• проводит отбор проб дезинфицирующих средств для контроля содержания действующих веществ (ДВ);

• ведет необходимую учетно-отчетную документацию по приему, хранению и выдаче дезинфицирующих, стерилизующих средств, средств для предстерилизационной очистки и кожных антисептиков.

1.7. Заведующий лечебным подразделением:

• назначает ответственное лицо за сбор отходов в отделении;

• при отсутствии ЦС в ЛПО в случае возложения на него ответственности за эксплуатацию дезинфекционного и стерилизационного оборудования выполняет функции, описанные в п. 1.8 (либо назначает ответственное лицо);

• назначает лицо, ответственное за соблюдение правил эксплуатации установок обеззараживания воздуха и наличие сопроводительной документации к ним.

1.8. Заведующий ЦС (при наличии такого подразделения в ЛПО) или ответственное лицо по отделению при децентрализованной системе стерилизации (или лицо, назначенное руководителем организации ответственным за указанные функции):

• организует прием дезинфекционного и стерилизационного оборудования, измерительных приборов и проверяет наличие разрешительной документации на них;

• обеспечивает бесперебойную и эффективную эксплуатацию технологического оборудования и измерительных приборов;

• организует проведение оперативного и периодического контроля за:

  ○ работой дезинфекционного оборудования, в т. ч. с применением биологических индикаторов;

  ○ работой стерилизационного оборудования, в т. ч. с применением химических и биологических индикаторов;

○ соответствием упаковочных материалов методам и режимам стерилизации, соблюдением сроков их использования;

○ соблюдением правил упаковки изделий медицинского назначения;

○ соблюдением плотности загрузки стерилизаторов;

• осуществляет периодический контроль работы старшей медсестры и операторов дезинфекционного и стерилизационного оборудования;

• ежемесячно представляет отчет о проведении стерилизационных мероприятий заместителю главного врача по эпидемиологической работе (врачу-эпидемиологу).

1.9. Заведующий микробиологической лабораторией ЛПО (при наличии лаборатории в структуре ЛПО) в части организации и обеспечения работы по проведению бактериологического контроля в объеме, определяемом категорией и мощностью ЛПО, осуществляет контроль:

• эффективности проводимой дезинфекции объектов, стерильности изделий медицинского назначения, в т. ч. эндоскопов и инструментов к ним;

• эффективности работы дезинфекционного и стерилизационного оборудования с применением биологических индикаторов;

• микробиологического мониторинга загрязнения водных систем.

1.10. Заведующий прачечно-дезинфекционным блоком лечебно-профилактической организации (при наличии данного подразделения в структуре организации):

• организует прием соответствующего оборудования и проверяет наличие разрешительной документации на него;

• организует выполнение дезинфекции постельных принадлежностей больных после выписки (смерти);

• контролирует оператора дезинфекционной камеры в части проведения визуального контроля работы камер с помощью физико-химических методов при каждом цикле;

• контролирует работу установок для получения растворов дезинфицирующих средств;

• контролирует ведение журналов учета поступления постельных принадлежностей, верхней одежды и т. п. из отделений, работу дезинфекционных камер;

• организует контроль соблюдения норм нагрузки дезинфекционных камер;

• обеспечивает контроль технического состоянием дезинфекционных камер, соблюдения режимов обеззараживания;

• обеспечивает проведение производственного контроля эффективности обеззараживания объектов с применением термического и бактериологического методов по договору с аккредитованной организацией;

• организует техническое обслуживание камеры при возникновении неисправностей;

• ежемесячно представляет отчет о работе своего подразделения (объемах камерной дезинфекции постельных принадлежностей, вещей больных из отделения стационара, результатах производственного контроля) заместителю главного врача по эпидемиологической работе (врачу-эпидемиологу).

1.11. Врач отделения:

• проводит гигиеническое мытье, обработку рук кожными антисептиками или хирургическую обработку согласно правилам асептики и антисептики в зависимости от характера выполняемой манипуляции;

• соблюдает требования проведения дезинфекционных и стерилизационных мероприятий, санитарно-гигиенического режима ЛПО.

1.12. Старшая медицинская сестра отделения:

• ведет учетно-отчетную документацию получения, расходования и применения дезинфицирующих, стерилизующих средств, средств для предстерилизационной очистки и кожных антисептиков в отделении;

• организует и контролирует правильность и эффективность проведения мероприятий по профилактической, текущей и заключительной дезинфекции, генеральной уборки в отделении;

• организует проведение контроля эффективности обработки рук медицинским персоналом отделения;

• проводит экспресс-контроль качества приготовления рабочих растворов дезинфицирующих, стерилизующих средств, средств для предстерилизационной очистки (только в случаях наличия зарегистрированных средств контроля);

• контролирует соблюдение условий хранения и правил безопасности работы с дезинфицирующими, стерилизующими средствами, средствами для предстерилизационной очистки и кожными антисептиками (условия приготовления дезинфицирующих растворов, использование средств индивидуальной защиты);

• при отсутствии ЦС в ЛПО в случае возложения на нее ответственности за эксплуатацию дезинфекционного и стерилизационного оборудования выполняет функции, описанные в п. 1.8;

• ежемесячно представляет отчет о проведении дезинфекционных и стерилизационных мероприятий в отделении главной медицинской сестре.

1.13. Средний медицинский персонал:

• обеспечивает проведение ежедневной влажной уборки;

• проводит обеззараживание воздуха помещения с помощью соответствующих установок под руководством ответственного лица отделения;

• организует и участвует в проведении мероприятий по профилактической, текущей и заключительной дезинфекции, генеральной уборке и стерилизации в отделении;

• под руководством ответственного лица, назначенного заведующим отделения, проводит предварительную и предстерилизационную очистку, дезинфекцию, стерилизацию изделий медицинского назначения, окончательную очистку (перед дезинфекцией высокого уровня), дезинфекцию высокого уровня эндоскопов;

• проводит гигиеническое мытье, обработку рук кожными антисептиками, хирургическую обработку рук в зависимости от характера выполняемой манипуляции и обработку кожных покровов больных.

1.14. Младший медицинский персонал:

• проводит в отделении ежедневную влажную уборку;

• под руководством среднего медицинского персонала проводит обеззараживание поверхностей помещений, медицинского оборудования, мебели, санитарно-технического оборудования, уборочного инвентаря, предметов ухода за больными и других предметов внутрибольничной среды в комплексе мероприятий по профилактической, текущей и заключительной дезинфекции;

• под руководством лица, ответственного по отделению за сбор и обеззараживание отходов, участвует в сборе и обеззараживании отходов класса Б и В.

1.15. Лицо, ответственное за утилизацию медицинских отходов по ЛПО и отделениям:

• проводит расчет потребности в оборудовании для обеззараживания медицинских отходов (в т. ч. емкости для сбора отходов, контейнеры, установки);

• организует прием оборудования для утилизации и проверяет наличие разрешительной документации на него;

• организует сбор и утилизацию отходов, соблюдение условий эксплуатации установок по обеззараживанию отходов (при их наличии в ЛПО).

1.16. Специалист органа, уполномоченного осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический контроль, при проведении плановых и внеплановых надзорных мероприятий в ЛПО:

• осуществляет надзор за организацией и проведением в ЛПО производственного контроля, в т. ч. за проведением дезинфекционных и стерилизационных мероприятий;

• проверяет готовность ЛПО к организации и проведению дезинфекционных мероприятий в условиях строгого противоэпидемического режима или при подозрении на заболевание особо опасной инфекцией.

Приложение 20
(справочное)

Примерный план производственного контроля за соблюдением санитарных правил при проведении дезинфекционных и стерилизационных мероприятий

Объект контроля	Предмет контроля	Ответственный	Исполнитель	Периодичность
1	2	3	4	5
Поверхности помещений, медицинской мебели, аппаратуры (в т. ч. аппаратов ИВЛ, наркозно-дыхательной аппаратуры, гемодиализа, искусственного кровообращения, дозирующей аппаратуры, кувезов)	Соблюдение периодичности профилактической дезинфекции (текущих и генеральных уборок)	Старшая медсестра отделения	Средний и младший медицинский персонал отделений	Ежемесячно еженедельно (выборочно)
	Эффективность профилактической дезинфекции	Старшая медсестра отделения	Лаборатория ЛПО (при наличии условий), организации, аккредитованные в «Системе аккредитации лабораторий, осуществляющих санитарно-эпидемиологические исследования, испытания» (по договору)	2 раза в год (выбор помещений по графику)
	Эффективность очаговой и заключительной дезинфекции	Старшая медсестра отделения	Лаборатория ЛПО (при наличии условий), организации, аккредитованные в «Системе аккредитации лабораторий, осуществляющих санитарно-эпидемиологические исследования, испытания» (по договору)	При каждом случае инфекционного заболевания и по эпид. показаниям
Воздух помещений	Эффективность профилактической дезинфекции (бактериальная обсемененность воздуха, КОЕ, золотистый стафилококк) в операционных, родильных залах, процедурных, перевязочных, хирургических кабинетах (в т. ч. стоматологических, урологических, гинекологических, эндоскопических, процедурных), отделениях переливания крови, гемодиализа	Старшая медсестра	Лаборатория ЛПО (при наличии условий), лаборатория, аккредитованная в «Системе аккредитации лабораторий, осуществляющих санитарно-эпидемиологические исследования, испытания» (по договору)	2 раза в год

Продолжение табл.

1	2	3	4	5
Системы кондиционирования и увлажнения воздуха, горячего и холодного водоснабжения, бассейнов (водолечебниц)	Проверка грамотной в техническом и гигиеническом отношении эксплуатации объектов на территории ЛПО, соблюдения соответствующих инструкций, режимов и требований нормативно-технической документации	Заместитель главного врача по эпидемиологической работе (врач-эпидемиолог)	Инженерно-техническая служба ЛПО	2 раза в год
Установка для обеззараживания воздуха	Укомплектованность ЛПО необходимым количеством установок с учетом категорий помещений и минимальной длительности эффективного облучения согласно нормативным документам	Заместитель главного врача по эпидемиологической работе (врач-эпидемиолог)	Заместители главного врача по родовспоможению, хирургии, инфекционной службе и др. (или зав. соответствующими отделениями)	Ежегодно
	Обеспечение соблюдения требований эксплуатационной документации к установкам	Ответственное лицо	Средний медицинский персонал отделений	Ежегодно
	Проведение замеров концентрации озона в воздухе обрабатываемых помещений при применении соответствующих установок	Инженер по охране труда и техники безопасности	Аккредитованные в установленном порядке организации	В случае обнаружения характерного запаха озона
	Своевременная замена ультрафиолетовых ламп	Ответственное лицо	Инженерно-техническая служба ЛПО	По показаниям наработки ламп в часах электрическими счетчиками либо по падению бактерицидного потока лампы ниже номинального в результате замеров радиометрами
	Ведение журнала регистрации и контроля установок для обеззараживания воздуха	Старшая сестра	Ответственное лицо	Постоянно
	Определение степени снижения микробной обсемененности воздуха после обеззараживания	Заместитель главного врача по эпидемиологической	Лаборатория ЛПО (при наличии условий), лаборатория, аккредитованная в «Системе аккредитации лабораторий,	1 раз в год

Продолжение табл.

1	2	3	4	5
		работе (врач-эпидемиолог)	осуществляющих санитарно-эпидемиологические исследования, испытания» (по договору)	
Химические средства для дезинфекции/стерилизации	Наличие регистрационных удостоверений, сертификатов соответствия на применяемые дезинфицирующие средства, и инструкций по их использованию	Лицо, ответственное за хранение дезинфицирующих средств	Лицо, ответственное за хранение дезинфицирующих средств	При поступлении каждой партии
	Наличие неснижаемого месячного запаса дезсредств	Главная медсестра	Старшая медсестра отделения	Ежемесячно
	Определение концентрации рабочих растворов дезинфицирующих, стерилизующих средств с использованием химических индикаторов	Старшая медсестра отделения	Средний медицинский персонал, работающий с дезинфицирующими средствами	Еженедельно (не менее одной пробы каждого вида)
	Лабораторный контроль (физико-химический и аналитический) ДВ	Лицо, ответственное за хранение дезинфицирующих средств	Лицо, ответственное за хранение дезинфицирующих средств, и аналитическая лаборатория, аккредитованная органом по аккредитации аналитических лабораторий в системе аккредитации аналитических лабораторий (САЛ) (по договору)	На этапе приемки каждой партии (при наличии средств количественного контроля содержания действующего вещества), при неудовлетворительных результатах химического контроля концентрации рабочих растворов
	Соблюдение условий хранения средства и его рабочих растворов, соблюдение значений параметров режимов применения (заданных концентрации и температуры рабочего раствора, времени выдержки)	Старшая медсестра отделения	Средний медицинский персонал отделений	Ежедневно при каждой обработке (дезинфекции, стерилизации)
	Установки для получения растворов дезинфицирующих средств	Зав. ЦС или ответственное лицо в случае отсутствия ЦС в структуре ЛПО	Персонал, работающий с установкой	В соответствии с инструкцией по эксплуатации

Продолжение табл.

1	2	3	4	5
ИМН, эндоскопы, предметы ухода за больными	Качество предстерилизационной очистки/ окончательной очистки (для эндоскопов)	Зав., старшие сестры ЦС, зав., старшие сестры отделений (при децентрализованной системе стерилизации)	Средний медперсонал ЦС, средний медперсонал отделений (при децентрализованной системе стерилизации)	Каждая партия обработанных изделий
ИМН, эндоскопы, шланги аппаратов ИВЛ, наркозно-дыхательной аппаратуры, гемодиализа, приспособления к кувезам, предметы ухода за больными	Эффективность дезинфекции, дезинфекции высокого уровня эндоскопов	Заместитель главного врача по эпидемиологической работе (врач-эпидемиолог)	Лаборатория ЛПО (при наличии условий), лаборатория, аккредитованная в «Системе аккредитации лабораторий, осуществляющих санитарно-эпидемиологические исследования, испытания» (по договору)	2 раза в год
ИМН, эндоскопы, перевязочные материалы, лекарственные формы для внутривенного, внутриполостного введения	Контроль стерильности	Зав. ЦСО, ответственное лицо по отделению при децентрализованной системе стерилизации	Лаборатория ЛПО (при наличии условий), лаборатория, аккредитованная в «Системе аккредитации лабораторий, осуществляющих санитарно-эпидемиологические исследования, испытания» (по договору)	2 раза в год
Оборудование для дезинфекции и предстерилизационной очистки	Оценка эффективности моюще-дезинфицирующих машин	Зав. ЦС, ответственное лицо по отделению при децентрализованной системе стерилизации	Визуальный контроль – ответственное лицо в ЦС, по отделению; бактериологический контроль – лаборатория ЛПО (при наличии условий), лаборатория, аккредитованная в «Системе аккредитации лабораторий, осуществляющих санитарно-эпидемиологические исследования, испытания» (по договору), организация по техническому обслуживанию (по договору)	Ежемесячно

Продолжение табл.

1	2	3	4	5
	Наличие разрешительной документации: регистрационного удостоверения, сертификата соответствия, руководства по эксплуатации с указанием режимов дезинфекции, технического паспорта	Зав. ЦС, ответственное лицо по отделению (при децентрализованной системе стерилизации)	Зав. ЦС, ответственное лицо по отделению (при децентрализованной системе стерилизации)	Ежегодно
Оборудование для стерилизации	Контроль работы	Зав. ЦС, ответственное лицо по отделению (при децентрализованной системе стерилизации)	Операторы стерилизаторов ЦС, ответственное лицо по отделению (при децентрализованной системе стерилизации), лаборатория ЛПО (при наличии условий), лаборатория, аккредитованная в «Системе аккредитации лабораторий, осуществляющих санитарно-эпидемиологические исследования, испытания» (по договору), организация по техническому обслуживанию (по договору)	Контроль герметичности камер паровых стерилизаторов, контроль температурного режима с помощью максимальных термометров, проверка плотности удаления воздуха из стерилизуемых изделий, контроль эффективности сушки текстильных материалов, визуальный контроль с помощью физико-химических методов – при каждом цикле, бактериологический – 2 раза в год, технический – при неисправности
	Наличие разрешительной документации: регистрационного удостоверения, сертификата соответствия, руководства по эксплуатации с указанием режимов дезинфекции, технического паспорта	Зав. ЦС, ответственное лицо по отделению (при децентрализованной системе стерилизации)	Зав. ЦС, ответственное лицо по отделению (при децентрализованной системе стерилизации)	Ежегодно

Продолжение табл.

1	2	3	4	5
Дезинфекционные камеры	Контроль работы	Зав. прачечно-дезинфекционного блока ЛПО	Оператор дезинфекционной камеры, лаборатория ЛПО (при наличии условий), лаборатория, аккредитованная в «Системе аккредитации лабораторий, осуществляющих санитарно-эпидемиологические исследования, испытания» (по договору), организации по техническому обслуживанию (по договору)	Визуальный контроль с помощью физико-химических методов – при каждом цикле, бактериологический – ежеквартально, технический – при неисправности
	Наличие разрешительной документации: регистрационного удостоверения, сертификата соответствия, руководства по эксплуатации с указанием режимов дезинфекции, технического паспорта	Зав. прачечно-дезинфекционного блока ЛПО	Зав. прачечно-дезинфекционного блока ЛПО, любого другого учреждения, аккредитованного на данные работы (по договору)	Ежегодно
Утилизация отходов	Сбор и утилизация, соблюдение условий эксплуатации установок по обеззараживанию отходов (при их наличии в ЛПО)	Ответственное лицо по ЛПО за утилизацию отходов	Ответственное лицо, назначенное заведующим отделением	Ежедневно
	Вывоз медицинских отходов с территории ЛПО	Зам. главного врача по хозяйственной части или начальник АХЧ	Организация, аккредитованная в установленном порядке на данные работы (по договору)	Ежедневно – отходы класса А, Б, В (при отсутствии на территории ЛПО установки по обезвреживанию отходов)
Качество проведения работ по дератизации	Обследование объекта на наличие грызунов	Зам. главного врача по хозяйственной части или начальник АХЧ	Организация, аккредитованная в установленном порядке на данные работы (по договору)	1 раз в месяц
Качество проведения работ по дезинсекции	Обследование объекта на наличие членистоногих, имеющих санитарно-гигиеническое значение	Зам. главного врача по хозяйственной части или начальник АХЧ	Организация, аккредитованная в установленном порядке на данные работы (по договору)	2 раза в месяц

Библиографические данные

1. Федеральный закон от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».

2. Федеральный закон от 17.09.1998 № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней».

3. Федеральный закон от 26 декабря 2008 г. № 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля».

4. Федеральный закон от 8 августа 2001 г. № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

5. Постановление Правительства Российской Федерации от 15.07.1999 № 825 «Об утверждении перечня работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок».

6. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1.

7. Постановление Правительства Российской Федерации от 15.09.2005 № 569 «О Положении об осуществлении государственного санитарно-эпидемиологического надзора в Российской Федерации».

8. Постановление Правительства Российской Федерации от 30.06.2004 № 322 «Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека».

9. Положение о государственном санитарно-эпидемиологическом нормировании, утвержденное постановлением Правительства Российской Федерации от 24 июля 2000 г. № 554.

10. СанПиН 2.2.2 /2.4.1340—03 « Гигиенические требования к персональным электронно-вычислительным машинам и организации работ».

11. СанПиН 2.2.4.1329—03 «Требования по защите персонала от воздействия импульсных электромагнитных полей».

12. СанПиН 2.2.4.1191—03 «Электромагнитные поля в производственных условиях».

13. СанПиН 2.6.1.1192—03 «Гигиенические требования к устройству и эксплуатации рентгеновских аппаратов и проведению рентгенологических исследований».

14. СанПиН 2.2.4.548—96 «Гигиенические требования к микроклимату производственных помещений».

15. СП 2.2.2.1327—03 «Гигиенические требования к организации технологических процессов, производственному оборудованию и рабочему инструменту».

16. СанПин 2.1.2.1002—00 «Санитарно-эпидемиологические требования к жилым зданиям и помещениям».

17. СанПиН 5804—91 «Санитарные правила устройства и эксплуатации лазеров».

18. СанПиН 2.1.2.1188—03 «Плавательные бассейны. Гигиенические требования безопасности».

19. СанПиН 2.1.7.728—99 «Правила сбора, хранения и утилизации отходов ЛПУ».

20. СанПиН 2.3.2.1324—03 «Гигиенические требования к срокам годности и условиям хранения пищевых продуктов».

21. СанПиН 2.2.1/2.1.1.1278—03 «Гигиенические требования к естественному, искусственному и совмещенному освещению общественных и жилых помещений».

22. СанПиН 3.5.2.1376—03 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению дезинсекционных мероприятий против синантропных членистоногих» .

23. СанПиН 2.3.6.1079—01 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям общественного питания, изготовлению и оборотоспособности в них пищевых продуктов и продовольственного сырья».

24. СанПиН 2.2.4.1191—03 «Электромагнитные поля в производственных условиях».

25. СанПиН 3.2.1333—03 «Профилактика паразитарных болезней на территории Российской Федерации».

26. ОСТ 42-21-2—85 «Стерилизация и дезинфекция изделий медицинского назначения. Методы, средства и режимы».

27. СП 3.1.1275—03 «Профилактика инфекционных заболеваний при эндоскопических манипуляциях».

28. СП 2.6.1.1310—03 «Гигиенические требования к устройству, оборудованию и эксплуатации радоновых лабораторий, отделений радонотерапии».

29. СП 2.2.4/2.1.8.562—96 «Шум на рабочих местах, в помещениях жилых, общественных зданий и на территории жилой застройки».

30. СП 2.2.4/2.1.8.566—96 «Производственные вибрации, вибрации в помещениях жилых и общественных зданий».

31. СП 1.2.1318—03 "Порядок выдачи санитарно-эпидемиологического заключения о возможности проведения работ с возбудителями инфекционных заболеваний человека I—IV групп патогенности (опасности), генно-инженерно-модифицированными микроорганизмами, ядами биологического происхождения и гельминтами».

32. СП 1.3.2322—08 «Безопасность работы с микроорганизмами III—IV групп патогенности (опасности) и возбудителями паразитарных болезней.

33. СП 1.1.1058—01 «Организация и проведение производственного контроля за соблюдением санитарных правил и выполнением санитарно-противоэпидемических (профилактических мероприятий)». С изменениями и дополнениями 1 (СП 1.1.2193—07).

34. СП 3.5.1378—03 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и осуществлению дезинфекционной деятельности».

35. СП 3.5.3.1129—02 «Санитарно-эпидемиологические требования к проведению дератизации».

36. СП 3.1.958—99 «Профилактика вирусных гепатитов. Общие требования к эпидемиологическому надзору за вирусными гепатитами».

37. СП 3.1.1.2341—08 «Профилактика вирусного гепатита В».

38. СП 3.1.1.1117—02 «Профилактика кишечных инфекций».

39. СП 3.1.1.1295—03 «Профилактика туберкулеза»

40. СП 3.1.2.1203—03 «Профилактика стрептококковой (группы А) инфекции».

41. СП 3.1.2.1319—03 «Профилактика гриппа».

42. СП 3.1.2.1382—03 «Профилактика гриппа» Дополнения и изменения к СП 3.1.2.1319—03.

43. СП 3.1.2.2156—06 «Профилактика менингококковой инфекции».

44. СП 3.1.1.2137—06 «Профилактика брюшного тифа и паратифов».

45. СП 1.3.1285—03 «Безопасность работы с микроорганизмами I—II групп патогенности (опасности)».

46. СП 3.1.1381—03 «Профилактика столбняка».

47. СП 3.1.2.1320—03 «Профилактика коклюшной инфекции».

48. СП 3.1.1086—02 «Профилактика холеры. Общие требования к эпидемиологическому надзору за холерой».

49. СП 3.1./3.2.1379—03 «Профилактика инфекционных и паразитарных болезней».

50. СП 3.1.1.1118—02 «Профилактика полиомиелита».

51. СП 3.1.2.1108—02 «Профилактика дифтерии».

52. СП 3.1.7.1380—03 «Профилактика чумы».

53. СП 3.2.1317—03 «Профилактика энтеробиоза».

54. СП 3.1.2.1176—02 «Профилактика кори, краснухи, эпидемического паротита».

55. СП 3.1.1275—03 «Профилактика инфекционных заболеваний при эндоскопических манипуляциях».

56. СП 2.6.1.799-99 (ОСПОРБ-99) «Основные санитарные правила обеспечения радиационной безопасности».

57. СП 2.6.1.1310—03 «Гигиенические требования к устройству, оборудованию и эксплуатации радоновых лабораторий, отделений радонотерапии» (для НИИКиФ).

58. СП 3.3.2.1120—02 «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям транспортирования, хранению и отпуску гражданам медицинских иммунобиологических препаратов, используемых для иммунопрофилактики, аптечными учреждениями и учреждениями здравоохранения».

59. СП 3.3.2.1248—03 «Условия транспортирования и хранения медицинских иммунобиологических препаратов».

60. СП 3.3.2342—08 «Обеспечение безопасности иммунизации».

61. СП 1.3.2322—08 «Безопасность работы с микроорганизмами III—IV групп патогенности (опасности) и возбудителями паразитарных болезней».

62. Санитарные нормы и правила устройства и эксплуатации лазеров № 5804-91 (утв. главным Государственным санитарным врачом СССР 31 июля 1991 г.)

63. ОСТ 42-21-16—86 ССБТ «Отделения, кабинеты физиотерапии. Общие требования безопасности».

64. МУ 3.4.1028—01 «Организация и проведение первичных мероприятий в случаях выявления больного (трупа), подозрительного на заболевание карантинными инфекциями, контагиозными вирусными геморрагическими лихорад-

ками, малярией и инфекционными болезнями неясной этиологии, имеющими важное международное значение».

65. МУ 3.4.1030—01 от 06.04.2001 г. «Организация, обеспечение и оценка противоэпидемической готовности медицинских учреждений и проведению мероприятий в случае завоза и возникновения особо опасных инфекций, контагиозных вирусных геморрагических лихорадок, инфекционных болезней неясной этиологии, представляющих опасность для населения РФ и международного сообщения».

66. МУ 3.5.736—99 «Технология обработки белья в медицинских учреждениях».

67. МУК 4.2.1990—05 «Контроль удаления воздуха в паровых стерилизационных камерах».

68. МУ 3.3.2.056—96 «Определение класса чистоты производственных помещений и рабочих мест».

69. МУ 3.3.2.1121—02 «Организация контроля за соблюдением правил хранения и транспортирования медицинских иммунобиологических препаратов».

70. МУ 287-113 «Методические указания по дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации изделий медицинского назначения».

71. МУК 4.2.1035—01. Контроль дезинфекционных камер».

72. МУК 4.2.1036—01 «Контроль режимов стерилизации растворов лекарственных средств с помощью биологических индикаторов ИБКсл-01».

73. МУ 2.2.4.706—98 «Оценка освещения рабочих мест».

74. МУ 1.1.726—98 «Гигиеническое нормирование лекарственных средств в воздухе рабочей зоны, атмосферном воздухе населенных мест и воде водных объектов».

75. МУ 3.5.1937—04 «Очистка, дезинфекция и стерилизация эндоскопов и инструментов к ним» (утв. и введены в действие Главным государственным санитарным врачом РФ 4 марта 2004 г.)

76. МУ 1.3.1888—04 «Организация работы при исследованиях методом ПЦР материала, инфицированного патогенными биологическими агентами III—IV групп патогенности».

77. МУ 4.2.2039—05 «Техника сбора и транспортирования биоматериалов в микробиологические лаборатории».

78. МУ 3.3.2.2437—09 «Применение термоиндикаторов для контроля температурного режима хранения и транспортирования медицинских иммунобиологических препаратов в системе «холодовой цепи».

79. ГН 2.1.6.1338—03 «Предельно допустимые концентрации (ПДК) загрязняющих веществ в атмосферном воздухе населенных мест».

80. Методические рекомендации «Гигиенические и эпидемиологические требования к условиям труда медицинских работников, выполняющих работы, связанные с риском возникновения инфекционных заболеваний» МР 2.2.9.2242—07.

81. Методические рекомендации «Специализированное лечебное питание в лечебно-профилактических учреждениях» (утв. Научным советом по медицинским проблемам питания при Министерстве здравоохранения и социального развития РФ и Российской академии медицинских наук 25 июля 2005 г.)

82. Приказ Минздравмедпрома от 14.03.1996 № 90 «О порядке проведения предварительных и периодических осмотров работников и медицинских регламентов допуска к профессии».

83. Приказ МЗ РФ от 29.06.2000 № 229 «О профессиональной гигиенической подготовке и аттестации должностных лиц и работников организаций».

84. Приказ МЗ СССР от 20 апреля 1983 г. № 440 «О дополнительных мерах по совершенствованию медицинской помощи новорождённым детям».

85. Приказ МЗ РФ от 14.04.2000 № 122 «О личной медицинской книжке и санитарном паспорте на транспортные средства для перевозки пищевых продуктов».

86. Приказ МЗ РФ от 03.09.1991 № 254 «О развитии дезинфекционного дела в стране».

87. Приказ МЗ РФ от 13.11.1996 № 377 «Об утверждении требований к организации хранения в аптечных учреждениях различных групп лекарственных средств и изделий медицинского назначения».

88. Приказ МЗ РФ от 15.03 2002 № 80 «Об утверждении отраслевого стандарта «Правила оптовой торговли лекарственными средствами. Основные положения» (в ред. приказов МЗ РФ от 21.03.2003 № 122, от 28.03 2003 № 130).

89. Приказ МЗ РФ от 21.10.1997 № 309 «Об утверждении инструкции по санитарному режиму аптечных организаций (аптек)».

90. Приказ МЗ РФ от 15.12.2002 № 382 «Об утверждении инструкции о порядке уничтожения лекарственных средств».

91. Приказ Минздравсоцразвития России от 16 августа 2004 г. № 83 «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и порядка проведения этих осмотров (обследований)» (с изменениями от 16.05.2005 г.).

92. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 30.10.2007 № 673 «О внесении изменений и дополнений в приказ Минздрава России от 27 июня 2001 г. № 229 «О национальном календаре профилактических прививок и календаре профилактических прививок по эпидемическим показаниям».

93. Приказ Минздрава РФ от 5 августа 2003 г. № 330 «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации» (с изменениями от 7 октября 2005 г., 10 января, 26 апреля 2006 г.).

94. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 31 августа 2007 г. № 569 «Об утверждении Порядка проведения аттестации рабочих мест по условиям труда».

95. Приказ Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 20 мая 2005 г. № 402 «О личной медицинской книжке и санитарном паспорте».

96. Р. 3.5.1904—04 «Использование ультрафиолетового бактерицидного излучения для обеззараживания воздуха в помещениях».

97. Р 2.2.2006—05 «Руководство по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса. Критерии и классификация условий труда».

98. Руководство Р 2.2.4/2.2.9.2266—07 «Гигиенические требования к условиям труда медицинских работников, выполняющих ультразвуковые исследования».

Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность

Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 2.1.3.2630—10

Редактор Л. С. Кучурова
Технический редактор Г. И. Климова

Подписано в печать 25.11.10

Формат 60x88/16 Печ. л. 16,0

Тираж 500 экз. Заказ 99

Федеральная служба по надзору
в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека
127994, Москва, Вадковский пер., д. 18, стр. 5, 7

Оригинал-макет подготовлен к печати и тиражирован
отделом издательского обеспечения
Федерального центра гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора
117105, Москва, Варшавское ш., 19а
Отделение реализации, тел./факс 952-50-89

gost.e-ecolog.ru