П О С Т А Н О В Л Е Н И Е

Главного государственного санитарного врача Российской Федерации

от 18 мая 2010 г. N 58

Об утверждении СанПиН 2.1.3.2630-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность"

Зарегистрировано Минюстом России 9 августа 2010 г.

Регистрационный N 18094

В соответствии с Федеральным законом от 30.03.1999 N 52-ФЗ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, N 14, ст. 1650; 2002, N 1 (ч. I), ст. 2; 2003, N 2, ст. 167; N 27 (ч. I), ст. 2700; 2004, N 35, ст. 3607; 2005, N 19, ст. 1752; 2006, N 1, ст. 10;

N 52 (ч. I), ст. 5498; 2007, N 1 (ч. I), ст. 21, 29; N 27,

ст. 3213; N 46, ст. 5554; N 49, ст. 6070; 2008, N 24, ст. 2801;

N 29 (ч. I), ст. 3418; N 30 (ч. II), ст. 3616; N 44, ст. 4984; N 52

(ч. I), ст. 6223; 2009, N 1, ст. 17) и постановлением Правительства

Российской Федерации от 24.07.2000 N 554 "Об утверждении Положения

о государственной санитарно-эпидемиологической службе Российской

Федерации и Положения о государственном

санитарно-эпидемиологическом нормировании" (Собрание

законодательства Российской Федерации, 2000, N 31, ст. 3295; 2004,

N 8, ст. 663; N 47, ст. 4666; 2005, N 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 утратившими 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 от 06.06.2003 N 124 (зарегистрировано в Минюсте России 18.06.2003, регистрационный N 4709); СанПиН 2.1.3.2195-07, изменение N 1 к СанПиН 2.1.3.1375-03, утвержденные постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 25.04.2007 N 19 (зарегистрировано в Минюсте России 05.06.2007, регистрационный N 9597); СП 3.1.2485-09 "Профилактика внутрибольничных инфекций в стационарах (отделениях)

хирургического профиля лечебных организаций", дополнение N 1 к

СанПиН 2.1.3.1375-03, утвержденные постановлением Главного

государственного санитарного врача Российской Федерации от

13.02.2009 N 9 (зарегистрировано в Минюсте России 20.03.2009,

регистрационный N 13548); СанПиН 2.1.3.2524-09

"Санитарно-гигиенические требования к стоматологическим

медицинским организациям", изменение N 2 к СанПиН 2.1.3.1375-03,

утвержденные постановлением Главного государственного санитарного

врача Российской Федерации от 07.07.2009 N 48 (зарегистрировано в

Минюсте России 20.08.2009, регистрационный N 14581); СанПиН

3.5.2528-09 "Организация дезинфекционных и стерилизационных

мероприятий в лечебно-профилактических организациях", дополнение

N 2 к СанПиН 2.1.3.1375-03, утвержденные постановлением Главного

государственного санитарного врача Российской Федерации

от 06.08.2009 N 51 (зарегистрировано в Минюсте России 26.08.2009,

регистрационный N 14624); СанПиН 2.1.3.25.76-10, изменение N 3 к СанПиН 2.1.3.1375-03, утвержденные постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 04.03.2010 N 18 (зарегистрировано в Минюсте России 27.04.2010, регистрационный N 17017).

Г.Г.Онищенко

Приложение

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 санитарными 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, сооружений, помещений, оборудования и

иного имущества, которые соискатель лицензии предполагает

использовать для осуществления деятельности.

1.4. Надзор за выполнением настоящих санитарных правил

проводится органами, уполномоченными осуществлять государственный

санитарно-эпидемиологический надзор.

1.5. Ответственность за соблюдение требований настоящих

санитарных 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 зоне 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 том числе туберкулезного, профиля располагают на расстоянии не менее 100 метров от территории жилой застройки. Стационары указанного профиля на 1000 и более коек желательно размещать в пригородной или зеленой зоне.

2.3. На участке ЛПО не должны располагаться здания организаций, функционально не связанных с ней. На территории ЛПО или в непосредственной близости от нее 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 (ФАПы), организации с дневными стационарами.

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

2.8. ЛПО для оказания помощи лицам, страдающим алкогольной и

наркотической зависимостью, 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 отдельно

стоящих амбулаторно-поликлинических организаций должны

определяться в соответствии с требованиями градостроительных

нормативных документов. Рекомендуемые площади земельного участка

стационара в зависимости от коечной емкости представлены в таблице

1.

Таблица 1

Площадь земельного участка на одну койку

Коечная емкость стационара	50	150	300-400	500-600	800	1000
Площадь земельного участка на одну койку в 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 кв. м на одно

машиноместо. Расстояние от 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 счет сокращения доли

зеленых насаждений и размеров садово-парковой зоны.

В целях предупреждения снижения естественной освещенности и

инсоляции деревья высаживаются на расстоянии не ближе 15 метров,

кустарники - 5 метров от светонесущих проемов зданий.

2.14. На территории стационаров выделяются зоны: лечебных

корпусов для инфекционных и для 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 приложениям 1 и 2 к настоящим

санитарным правилам. 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 норм 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 транспортировка

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 центральные

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 одну 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 определяются 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 плинтусы 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 должны 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, в материнских комнатах при детских отделениях,

процедурных, перевязочных и вспомогательных помещениях должны быть

установлены умывальники с подводкой горячей и холодной воды,

оборудованные смесителями. Температура горячей воды в точках

разбора детских и психиатрических палат, 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

новорожденных, 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 некистевым) 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 новорожденных устанавливаются раковины с

широкой чашей и с 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 два 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 приложением 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 приложении 4<1>.

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-диагностических кабинетах принимается от 0,1 до 0,2 м/сек.

В помещениях классов чистоты А и Б относительная влажность не должна превышать 60%.

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

6.11. Вне зависимости от наличия систем принудительной

вентиляции во всех лечебно-диагностических помещениях, за

исключением помещений класса чистоты А, должна быть предусмотрена

возможность естественного проветривания.

6.12. Самостоятельные системы вентиляции предусматриваются

для помещений операционных, реанимационных, рентгенокабинетов,

лабораторий. Допускаются общие системы приточно-вытяжной

вентиляции для группы помещений одного или нескольких структурных

подразделений, кроме помещений класса чистоты 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

класса чистоты А должна работать в непрерывном режиме.

6.17. Запорные устройства (в том числе 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 том числе 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 воздуха 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 другие), допускается только в боксы с механической системой вентиляции.

6.21. В ЛПО общей площадью не более 500 кв. м в помещениях классов Б и В (кроме рентгенокабинетов, 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 классов чистоты 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 (H11 - H14). Фильтры высокой очистки

подлежат замене не реже одного раза в полгода, если другое не

предусмотрено инструкцией по эксплуатации.

6.25. Для обеспечения нормируемой температуры и влажности

воздуха в помещениях классов чистоты 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 должно превышать предельно
допустимых концентраций, приведенных в приложении 4.

6.31. Уровни бактериальной обсемененности воздушной среды
помещений в зависимости от их функционального назначения и класса
чистоты не должны превышать допустимых, приведенных в приложении
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 другими), 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 в 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, непылящей 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 одного раза в месяц, а воздухозаборных шахт - не реже одного раза в полгода. Техническое обслуживание, очистка и дезинфекция систем вентиляции предусматриваются не реже одного раза в год. Устранение текущих неисправностей, дефектов проводится безотлагательно.

6.37. Во всех помещениях класса чистоты 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 минут.

6.41. Администрацией ЛПО организуется контроль за параметрами микроклимата и показателями микробной обсемененности воздушной среды с периодичностью не реже одного раза в 6 месяцев и загрязненностью химическими веществами воздушной среды не реже одного раза 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
соответствии с действующими требованиями<2>. Кондиционирующие
установки небольшой мощности без увлажнения воздуха и
сплит-системы контролю на легионеллы не подлежат.

_____

<1> Приложения 4, 5, 7-11 в Бюллетене не приводятся. - Прим.
ред.

<2> СП 3.1.2.2626-10 "Профилактика легионеллеза"
(зарегистрированы в Минюсте России 07.06.2010, регистрационный
N 17506).

7. Требования к естественному и искусственному освещению

71. 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, центральные бельевые, помещения приготовления

рабочих дезинфекционных растворов, моечные, столовые, в том числе

для пациентов, помещения пищеблоков, прачечных, центральных

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 безыгольной 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 подпунктах "а" - "в" пункта 7.2.

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 нормам и правилам (приложение 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 нормами.

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 другим действующим нормативным документам.

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 четырехкоечных 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)<1>.

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:

- низкой степени риска - изделия, генерирующие уровни

физических факторов, не превышающие предельно допустимых значений,

установленных 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

допустимых величин, установленных 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 (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<2>
(приложение 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 приложении 7.

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

В случаях, когда уровни физических факторов, генерируемые
изделиями медицинской техники, превышают допустимые значения,

указанные в приложении 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.

_____

<1> Распространяются на все виды изделий медицинской техники,

в том числе 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.

<2> Ст. 13, 14, 24, 25, 37, 38, 40, 42 Федерального закона от 30.03.1999 N 52-ФЗ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения".

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 том числе 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 др.).

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 том числе дневных.

10.2.1. Минимальную площадь палат лечебных организаций

следует принимать в соответствии с приложением 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 тяжелобольных 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 санитарных 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 часов предусматривается помещение для подогрева и приема пищи.

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

10.3. Палатные отделения хирургического профиля<1>.

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

ванкомицинрезистентным 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. 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 операционные блоки 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

бактериологический 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 определяются 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, проводимого 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 кв. м.

Расстояние от барокамеры до 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<2>.

10.6.1. Для оказания акушерской помощи создаются организации

трех типов: перинатальные центры, родильные дома, родильные

отделения.

10.6.2. В послеродовых отделениях предусматриваются палаты совместного и раздельного пребывания родильниц и новорожденных. 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 новорожденных.

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 новорожденным.

10.6.5. В отделении для новорожденных 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 новорожденных между палатами родильниц. Перед входом в палату новорожденных необходимо предусматривать шлюз.

10.6.9. Отделения второго этапа выхаживания предусматриваются только в составе перинатальных центров и детских стационаров 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 одного года (кроме новорожденных) 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 палатных инфекционных отделениях следует принимать по таблице 2.

Таблица 2

Суммарное количество инфекционных коек в ЛПО	Количество боксов (не менее)		Количество боксированных палат (не менее)	
	на 1 койку (в %)	на 2 койки (в %)	на 1 койку (в %)	на 2 койки (в%)

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 длительности 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 приложения 3. При отсутствии механической приточно-вытяжной вентиляции должны быть предусмотрены другие устройства, обеспечивающие необходимую

чистоту воздуха: установки обеззараживания воздуха рециркуляционного типа, устройство специальной палатки, 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 том числе и с 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 классов 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 кв. м.

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 организуется 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 кв. м на человека, но кабинет - не менее 10 кв. м. Для мойки и дезинфекции масок и шлангов предусматривается помещение не менее 4 кв. м.

Между сеансами устраивается перерыв для проветривания (10 минут). 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 выделяются 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

приложении 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 определяются 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 том числе вспомогательных,

отражены в приложении 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 (приложение 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 (приложения 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 приложении 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 предусматривается 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 дезинфекционными 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) определяются с учетом требований санитарных правил по безопасности работы с микроорганизмами 3-4 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) должна 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, в 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 том числе 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 том числе с применением физиотерапевтических методов лечения, проводится в кабинете врача-косметолога. В случае применения инъекционных методов лечения предусматривается и процедурный кабинет.

10.20. Центральное стерилизационное отделение (ЦСО).

10.20.1. Помещения ЦСО должны быть разделены на три зоны: грязную, чистую и стерильную. К грязной зоне относятся помещения

приема и очистки изделий медицинского назначения, к чистой зоне

относятся помещения упаковки, комплектации и загрузки в

стерилизаторы. К стерильной зоне относятся стерильная половина

стерилизационной-автоклавной, склад стерильных материалов и

экспедиция.

10.21. Фельдшерско-акушерские пункты (ФАПы).

10.21.1. Санитарно-эпидемиологические требования к

устройству, оборудованию и эксплуатации ФАПов изложены в главе VI.

10.22. Здравпункты предприятий и учреждений.

10.22.1. Состав и площадь помещений определяются 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 санитарных правил.

_____

<1> Мероприятия по профилактике внутрибольничных инфекций в

хирургических стационарах (отделениях) изложены в главе III.

<2> Мероприятия по профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах (отделениях) и перинатальных центрах изложены в главе IV.

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 одного раза в год) инструктаж персонала, осуществляющего уборку помещений по вопросам санитарно-гигиенического режима и технологии уборки.

11.2. Хранение моющих и дезинфекционных средств должно осуществляться в таре (упаковке) изготовителя, снабженной

этикеткой, на стеллажах, в специально предназначенных местах.

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

- для дезинфекции, для предстерилизационной очистки и для стерилизации изделий медицинского назначения, а также для их предварительной очистки (при использовании средств, обладающих фиксирующими свойствами);

- для дезинфекции поверхностей в помещениях, мебели, аппаратов, приборов и оборудования;

- для обеззараживания уборочного материала, для обеззараживания отходов классов Б и В (в случае отсутствия установок для обеззараживания).

Емкости с рабочими растворами дезинфекционных 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 дезинфекционными 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 одного 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 отсутствие

людей, и закрытых облучателей, в том числе 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 отсутствие

людей с помощью специальной распыливающей аппаратуры (генераторы

аэрозолей) при проведении дезинфекции по типу заключительной и при

проведении генеральных уборок;

- применение бактериальных фильтров, в том числе

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 санитарные правила. Требования к условиям труда персонала клининговых компаний, работающего в ЛПО, определены пунктом 15 главы I настоящих санитарных 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 центральную кладовую для грязного белья. Временное хранение грязного белья в отделениях (не более 12 часов) допускается 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 центральные кладовые для чистого и грязного белья. В медицинских организациях малой мощности чистое и грязное белье может храниться в раздельных шкафах, в том числе 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 транспортировкой, 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. Транспортировка чистого белья из прачечной и грязного белья в прачечную должна осуществляться в упакованном виде (в контейнерах) специально выделенным автотранспортом.

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

11.20. После выписки (смерти) больного, а также по мере загрязнения матрацы, подушки, одеяла должны подвергаться дезинфекционной камерной обработке. В случае использования для покрытия матрацев 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 том числе 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
том числе непрокалываемые, и другое).

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, отсутствие искусственных ногтей,

отсутствие 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. Кожные антисептики для обработки рук должны быть легко доступны на всех этапах лечебно-диагностического процесса. В подразделениях с высокой интенсивностью ухода за пациентами и с высокой 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, у постели больного и др.). Следует также предусматривать возможность обеспечения медицинских работников индивидуальными емкостями (флаконами) небольших объемов (до 200 мл) с кожным антисептиком.

12.4.7. Использование перчаток.

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

12.4.7.2. 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.

12.4.7.3. 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 ее 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, у 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. Обеззараживание рук медицинских работников имеет большое значение в предотвращении передачи инфекции пациентам и персоналу. Основными методами обеззараживания рук являются гигиеническая обработка рук медицинского персонала и обработка рук хирургов.

12.9.2. Для достижения эффективного обеззараживания рук необходимо соблюдать следующие условия: коротко подстриженные ногти, отсутствие искусственных ногтей, отсутствие на руках колец,

перстней и других ювелирных украшений. Перед обработкой рук

хирургов снять также часы, браслеты. Для высушивания рук

использовать полотенца или салфетки однократного применения, при

обработке рук хирургов - только стерильные.

12.9.3. Обработку операционного поля пациента перед

хирургическим вмешательством и другими манипуляциями, связанными с

нарушением целостности кожных покровов (пункции, биопсии),

предпочтительно проводить антисептиком, содержащим краситель.

12.9.4. Обработка инъекционного поля предусматривает

обеззараживание кожи с помощью спиртосодержащего антисептика в

месте инъекций (подкожных, внутримышечных, внутривенных) и взятия

крови.

12.9.5. Для обработки локтевых сгибов доноров используют те

же антисептики, что и для обработки операционного поля.

12.9.6. 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,
пижама/халат, тапочки. Личная одежда и обувь оставляются в
специальной упаковке с вешалками (полиэтиленовые мешки, чехлы из
плотной ткани) в помещении для хранения вещей пациентов или
передаются 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 подлежит немедленной замене. Сцену 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

производится 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 новорожденных) должно применяться стерильное белье.

Для новорожденных допускается использование памперсов.

13.6. При проведении лечебно-диагностических манипуляций, в

том числе в условиях амбулаторно-поликлинического приема, пациент

обеспечивается индивидуальным комплектом белья (простыни,

подкладные пеленки, салфетки, бахилы), в том числе разовым.

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 транспортировки 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<1>.

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

документами, 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<2>.

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, с насечкой "тек", "бой", а

также яйца из хозяйств, неблагополучных по сальмонеллезам;

- консервы с нарушением герметичности банок, бомбажные консервы, "хлопуши", банки со ржавчиной, деформированные, без этикеток;

б) не используются:

- 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 часов с момента окончания

срока реализации блюд в специально отведенном в холодильнике

месте / холодильнике при температуре от +2°С до +6°С.

Посуда для хранения суточной пробы (емкости и крышки)

обрабатывается кипячением в течение 5 минут.

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 которых 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°С до 14°С.

Срок раздачи готовых блюд не должен превышать 2 часов от момента

приготовления.

14.17. В пищеблоке должно быть выделено помещение для мытья и

хранения посуды для транспортировки пищи и тележек из отделений.

При отсутствии данного помещения допускается мытье и хранение

посуды для транспортировки в моечных буфетных отделений. Для этого

необходимо предусмотреть дополнительную установку ванны

необходимых размеров и выделить место для хранения кухонной

посуды.

14.18. Для транспортировки 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 том числе 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) и для мытья посуды (не

2

менее 6 м). В помещении буфетной предусматривается раковина для

мытья рук. Обработка посуды может проводиться механизированным или

ручным способом. Для ручной обработки посуды предусматривается не

менее 2 моечных ванн с подводкой к ним холодной и горячей моды 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 том числе в моечной машине) или термическим способом (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 производят 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 производят буфетчицы и дежурные медицинские сестры отделения. Раздача пищи должна производиться в халатах с маркировкой "Для раздачи пищи". Не допускается к раздаче пищи младший обслуживающий персонал.

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 продуктов, 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 проинформирован при поступлении в отделение.

14.30. В строящихся и реконструируемых ЛПО возможна организация индивидуально-порционной системы питания пациентов и персонала ("таблет-питание") - системы, 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 часов) 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.

_____

<1> СП 2.3.6.1079-01 "Санитарно-эпидемиологические требования к организациям общественного питания, изготовлению и оборотоспособности в них пищевых продуктов и продовольственного сырья" (зарегистрированы в Минюсте России 07.12.2001, регистрационный N 3077).

<2> СанПиН 2.3.2.1324-03 "Гигиенические требования к срокам годности и условиям хранения пищевых продуктов" (зарегистрированы в Минюсте России 06.06.2003, регистрационный N 4654).

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 медицинские 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 также 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<1>.

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 том числе 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.

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 чел.

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 централизованно и раздельно от белья больных.

15.17. Смена одежды в подразделениях хирургического и акушерского профиля осуществляется ежедневно и по мере загрязнения. В учреждениях 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 должны быть предусмотрены 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.

Прием пищи персоналом проводится в специально отведенных помещениях, на рабочем месте принимать пищу запрещено.

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-процентным спиртом или 0,05-процентным раствором

марганцовокислого 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-процентной

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 приложением 12.

15.19.7. При получении травм, в том числе 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 используются смягчающие и

защитные кремы, обеспечивающие эластичность и прочность кожи.

_____

<1> СанПиН 2.2.2/2.4.1340-03 "Гигиенические требования к персональным электронно-вычислительным машинам и организации работы" (зарегистрированы в Минюсте России 10.06.2003, регистрационный N 4673).

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 том числе химическими индикаторами).

1.3. Необходимо иметь отдельные емкости с рабочими растворами дезинфекционных 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 дезинфекционных 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 том

числе воздуха, предметов ухода за больными, посуды и других;

обеззараживание изделий медицинского назначения

(поверхностей, каналов и полостей) с целью умерщвления бактерий и

вирусов (в том числе 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, то есть 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 том числе

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

больного 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 том

числе мебели и оборудования, обеззараживание медицинских отходов

классов 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;

проводятся 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. Ее цель - удаление с изделий медицинского назначения любых неорганических и органических загрязнений (включая белковые, жировые, механические и другие), в том числе остатков лекарственных препаратов, сопровождающееся снижением общей микробной контаминации для облегчения последующей стерилизации этих изделий.

1.7.2. Целью стерилизации изделий медицинского назначения, в

том числе эндоскопов и инструментов к ним, используемых в диагностических и лечебных целях с нарушением целостности тканей (то есть используемых при стерильных эндоскопических манипуляциях), является обеспечение гибели на изделиях (и внутри них) микроорганизмов всех видов, в том числе 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 дезинфекционные

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<1>, в оригинальной

упаковке производителя отдельно от лекарственных препаратов в

местах, недоступных детям.

_____

<1> СП 3.5.1378-03 "Санитарно-эпидемиологические требования к

организации и осуществлению дезинфекционной деятельности"

(зарегистрированы в Минюсте России 19.06.2003, регистрационный

N 4757).

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 дезинфекционных средств необходимо учитывать рекомендации изготовителей изделий медицинского назначения, касающиеся воздействия конкретных дезинфекционных 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<1>.

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 стационарах (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)
способом.

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 часов, 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 механизированным (в соответствии с инструкцией по эксплуатации, прилагаемой к конкретному оборудованию) способом.

Предстерилизационную очистку изделий проводят в централизованных стерилизационных, при отсутствии централизованных

стерилизационных этот этап обработки осуществляют в отделениях

лечебных организаций.

2.13. Качество предстерилизационной очистки изделий оценивают

путем постановки азопирамовой или амидопириновой пробы на наличие

остаточного количества крови, а также путем постановки

фенолфталеиновой пробы на наличие остаточного количества 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 отсутствии централизованных

стерилизационных 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, белье, перевязочный

материал, изделия из резин, латекса и отдельных видов пластмасс.

2.18. Воздушным методом стерилизуют хирургические,

гинекологические, стоматологические инструменты, детали приборов и

аппаратов, в том числе 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 действие.

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 том

числе 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 стерилизуют 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 часов.

2.28. Изделия медицинского назначения, простерилизованные в стерилизационных коробках, допускается извлекать для использования из стерилизационных коробок не более чем в течение 6 часов 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 часов. 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 ремонт 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.

_____

<1> Правила обработки эндоскопов и инструментов к ним изложены в СП 3.1.1275-03 "Профилактика инфекционных заболеваний при эндоскопических манипуляциях" (зарегистрированы в Минюсте России 14.04.2003, регистрационный N 4417).

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 том числе 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 один раз в год.

Дополнительные медицинские осмотры проводятся по показаниям.

Медицинские работники проходят следующие обследования:

рентгенологическое обследование на туберкулез -

крупнокадровая флюорография грудной клетки (в дальнейшем - один

раз в год);

исследование крови на гепатит С (в дальнейшем - один раз в

год);

исследование крови на гепатит В непривитых (в дальнейшем -

один 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 - один раз в год).

Проводятся лабораторные исследования: общий анализ крови и общий анализ мочи, в дальнейшем - один 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) (приложение 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;

имеется 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 другие);

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, полученное

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);

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 обо всех прооперированных пациентах

вне зависимости от наличия или отсутствия у них ВБИ в

послеоперационном периоде. Минимальный набор данных обо всех

пациентах, подвергшихся оперативному вмешательству, определен в

пункте 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 вялотекущих 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 пунктами 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 разработки

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 (номера 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 1000 пациентодней искусственной вентиляции легких и их структуру (у пациентов, подвергавшихся искусственной вентиляции легких (ИВЛ);

кровотока на 1000 пациентодней сосудистых катетеризаций и их структуру (у пациентов, подвергавшихся катетеризации сосудов);

мочевыводящих путей на 1000 пациентодней уринарных катетеризаций и их структуру (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 кровью, 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 ее 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 1000 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

оборудования, 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 том числе 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 ее 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-процентным 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

производиться 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 производят 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.) производить 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 санитарных 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 санитарных 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 гидропульта 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 отсутствие людей, и закрытых облучателей, в том числе рециркуляторов, позволяющих проводить обеззараживание воздуха в присутствии людей; необходимое число облучателей для каждого кабинета определяется расчетным путем согласно действующим нормам;

воздействие аэрозолями дезинфицирующих средств в отсутствие 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 отсутствие 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 электровакуум-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 главой I настоящих санитарных 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 в 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 N 10 (90°C) 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 утвержденным 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 - один 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 - один раз в

год);

исследование крови на гепатит В непривитых (в дальнейшем -

один раз в год), привитые обследуются через 5 лет, затем ежегодно

при отсутствии ревакцинации;

исследование крови на ВИЧ-инфекцию (в дальнейшем - один раз в

год).

исследования крови на сифилис (в дальнейшем - один раз в год);

исследование мазков на гонорею (в дальнейшем - один 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 том числе правила обработки рук) медицинского персонала принимаются в соответствии с главами I и II настоящих санитарных 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 предусматриваются физиологическое и обсервационное отделения. 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 новорожденных.

2.2.2. Перинатальный центр отличается от родильного дома (отделения) наличием в составе женской консультации, гинекологического отделения, отделения патологии новорожденных и недоношенных (ОПНН), а также отделений реанимации и интенсивной терапии для новорожденных (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 том числе 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 приеме родов и операционных при

проведении операций медицинский персонал работает в масках одноразового применения. В отделениях новорожденных 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 том числе 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 ребенка 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 должны быть предусмотрены 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

приложении 14.

2.14. Противоэпидемические мероприятия в отделениях (палатах)

для ВИЧ-инфицированных пациенток и их новорожденных 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 том числе за ВИЧ-инфицированной

родильницей и ее новорожденным, 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

том числе от ВИЧ-инфицированных пациентов, больных гепатитом В, С

или сифилисом, а также попадание крови и других биологических

жидкостей на слизистые ротоглотки, носа и глаз) провести

экстренную профилактику в соответствии с приложением 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 ребенка предусматривается функционирование

индивидуальных родовых залов, в родильных домах с раздельным пребыванием матери и ребенка 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 матрацев 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 трех 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. Новорожденного принимают в стерильную пеленку. Для первичной обработки новорожденного используется стерильный индивидуальный комплект. Через одну минуту после рождения производят пережатие и пересечение пуповины. Перед наложением пластиковой скобы (или лигатуры) персонал проводит гигиеническую обработку рук. Место наложения зажима обрабатывается 70-процентным этиловым спиртом.

3.2.9. Первичный туалет новорожденного 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 новорожденного проводится только в случае загрязнения кожных покровов новорожденного меконием или кровью, которые смывают теплой водопроводной водой.

3.2.11. Профилактика инфекционных заболеваний глаз у новорожденного проводится после пребывания на животе у матери с использованием эритромициновой или тетрациклиновой мази, 20-процентного раствора сульфацила натрия (альбуцид), 1-процентного раствора нитрата серебра в индивидуальной упаковке.

3.2.12. После взвешивания и одевания новорожденного весы и пеленальный стол протирают раствором дезинфицирующего средства. Все оборудование, используемое при оказании первичной помощи новорожденному, обеззараживают дезинфицирующими растворами по

режиму, обеспечивающему гибель бактерий, вирусов и грибов. Для отсасывания слизи у новорожденного 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 новорожденных.

3.4. Отделение новорожденных.

3.4.1. Палаты новорожденных 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) новорожденных при раздельном пребывании рекомендуется грудное вскармливание по "требованию" младенца.

3.4.3. Все изделия медицинского назначения многоразового использования, в том числе инструменты, применяемые для ухода за новорожденными (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 новорожденного.

3.4.4. Для новорожденных используются лекарственные формы только в мелкой расфасовке и/или однократного применения.

3.4.5. Лечение детей с признаками инфекции (в том числе ВУИ) в отделении новорожденных и перевод их в обсервационное отделение запрещаются. Новорожденные с подозрением на инфекционное заболевание переводятся в отдельную палату (изолятор), а затем в отделение патологии новорожденных для последующего лечения.

3.4.6. Хранение вакцины против гепатита В, а также хранение и разведение вакцины БЦЖ осуществляются 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 (два 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 новорожденного 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
новорожденного 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 минут от
начала закипания воды), уровень воды а 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 часов.

3.5.5. Пастеризованное молоко, молочные смеси, питьевые растворы используются для новорожденных 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 новорожденные 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, и том числе:

- 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, D, гонорея,

герпетическая инфекция;

- туберкулез (любой локализации при отсутствии

специализированного стационара). Беременных и рожениц с открытой

формой туберкулеза 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 часов 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 одних 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:

новорожденные, матери которых переведены из физиологического

послеродового отделения в обсервационное;

новорожденные с видимыми врожденными и некурабельными

пороками развития, не нуждающиеся в срочном хирургическом лечении;

дети, родившиеся вне родильного дома.

3.6.6. Новорожденные с инфекционными заболеваниями переводятся в детский стационар.

3.6.7. В случае перевода новорожденного 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 осуществляться в родильных домах специализированного или общего типа. При этом прием родов производится 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 новорожденных (ОРИТН) и патологии новорожденных 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 новорожденных из других отделений перинатального центра или других акушерских стационаров. Перевод новорожденных 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 новорожденных 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 кувезе проводится обработка рук антисептиком перед закрытием кувеза.

3.7.6. Для осмотра новорожденных 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 новорожденного). Осмотр зева новорожденных 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, допускается использование чистой домашней одежды. В

отделения запрещается приводить несовершеннолетних детей.

3.7.9. Каждый случай инфекционного заболевания (врожденного и постнатального), в том числе 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

новорожденного или не реже одного 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 отсутствии ВБИ или текущая дезинфекция при наличии ВБИ)

поверхности в помещениях, приборы, оборудование и др.

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 др. 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 том числе 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 проведении 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 матрацев 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 новорожденных 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 на 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.

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 новорожденных 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
осуществляются 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 новорожденных 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 новорожденных 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, остеомиелит, 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 новорожденный 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. Учет и организация сбора информации об инфекционной

заболеваемости новорожденных и родильниц осуществляются 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

часов об установленном или предварительном диагнозе ВБИ (ВУИ) у

новорожденного и/или родильницы в органы, осуществляющие

государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

5.2.6. Органы, осуществляющие государственный

санитарно-эпидемиологический надзор, в течение 12 часов передают

информацию об инфекционных заболеваниях новорожденных 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 ото всех функциональных

подразделений родильного дома (отделения) о случаях инфекционных

заболеваний среди новорожденных 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 новорожденных и

родильниц, вызванных условно патогенными микроорганизмами,

осуществляются в соответствии с кодами МКБ-10 (приложение 15).

Учет и регистрацию заболеваний новорожденных 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 обстановке, 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;

видов 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 новорожденных 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 новорожденных 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 новорожденных 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 новорожденных 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 новорожденных), контроль стерильности изделий

медицинского назначения, в том числе 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 классов чистоты А, В и С;

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 одного раза в 6 месяцев.

По эпидемиологическим показаниям перечень и объем

исследований определяются в соответствии с конкретной

эпидемиологической обстановкой.

5.4.4. При расшифровке этиологической структуры ВБИ

новорожденных 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 часов 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 том числе кольпитами;

с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (инфекционные осложнения предыдущей беременности, привычное невынашивание и др.);

после оперативного родоразрешения (кесарево сечение);

с кровотечениями в послеродовом периоде.

5.5.2. К группам риска возникновения ВБИ среди новорожденных 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 новорожденных 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 обоснованно.

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 новорожденных 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 новорожденных;

увеличение частоты инвазивных вмешательств (катетеризация
центральных вен, ИВЛ и др.);

смена вида циркулирующей микрофлоры у новорожденных и ее
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 том
числе 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 том числе 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 новорожденных 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 том числе 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 новорожденных 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 новорожденных детей и родильниц

6.1. К групповым заболеваниям (вспышкам) ВБИ новорожденных 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 проводятся 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 том

числе правила обработки рук) медицинского персонала принимаются в
соответствии с главами I и II настоящих санитарных 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 том числе 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 том числе 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 приложении 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

лабораторий 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-процентного 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 таблицей 1.

Таблица 1

Параметры микроклимата в помещениях постоянного пребывания сотрудников

Сезон	Температура,	Относительная	Скорость

	°С	влажность, %	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 таблице 2.

Таблица 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 должно превышать предельно допустимые концентрации.

5.8. Для обеспечения нормативных параметров микроклимата в производственных помещениях допускается устройство кондиционирования воздуха, в том числе с применением сплит-систем, предназначенных для использования в лечебно-профилактических учреждениях. Замену фильтров тонкой очистки необходимо проводить не менее одного раза в 6 месяцев, если иное не предусмотрено производителем.

5.9. В стоматологических медицинских организациях общей площадью не более 500 кв. м, в помещениях классов чистоты Б и В (кроме операционных, рентгенокабинетов, 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, рентгенокабинетов (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 требует дополнительных местных отсосов.

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 яркости 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 пунктах 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 лаборатории 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 должны быть обеспечены учет и регистрация доз облучения пациентов и персонала, которые должны быть отражены в радиационно-гигиеническом паспорте организации и в 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 определяются 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"<1> и на него распространяются специальные требования,

предусмотренные действующими санитарными правилами.

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 х 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 учета индивидуальных доз облучения персонала по результатам индивидуального дозиметрического контроля персонала группы "А".

_____

<1> СанПиН 2.6.1.1192-03 "Гигиенические требования к устройству и эксплуатации рентгеновских кабинетов, аппаратов и проведению рентгенологических исследований" (зарегистрированы в Минюсте России 19.03.2003, регистрационный N 4282). СанПиН 2.6.1.2523-09 "Нормы радиационной безопасности (НРБ-99/2009)" (зарегистрированы в Минюсте России 14.08.2009, регистрационный

N 14534).

8. Санитарно-противоэпидемические мероприятия

8.1. Требования к организации и проведению дезинфекционных и стерилизационных мероприятий.

8.1.1. Мероприятия по дезинфекции и стерилизации в стоматологических медицинских организациях выполняются в соответствии с главами I и II настоящих санитарных 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 одного раза в

месяц изнутри и не реже одного 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 санитарных
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

скеллеру 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 том числе 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 том числе

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 том числе 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 чем 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 санитарных правил.

VI. Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, оборудованию и эксплуатации фельдшерско-акушерских пунктов, амбулаторий

1. Общие положения

1.1. Фельдшерско-акушерские пункты (ФАПы), амбулатории разворачиваются в сельской местности, где отсутствует возможность или нет необходимости предусматривать более мощные медицинские организации.

1.2. Все действующие ФАПы, 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 ФАПов, амбулаторий, подвергшихся перепланировке, перепрофилированию и переоборудованию, а также при временном использовании зданий и помещений под ФАПы осуществляется при наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам.

2. Гигиенические требования к размещению и территории

2.1. ФАПы, 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 ФАПов, амбулаторий должна быть благоустроена, озеленена, ограждена и освещена, иметь удобные подъездные пути и парковочную стоянку для санитарного транспорта.

2.3. Допускается размещение ФАПов, 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 таблице 1.

Таблица 1

Рекомендуемые минимальный набор и площади помещений

ФАП с обслуживанием до 800 человек	ФАП / врачебная амбулатория с обслуживанием более 800 человек
2	2
ожидальная - 10 м ;	ожидальная - 12 м ;

| 2 |
2 |
кабинет приема - не менее 12 м	кабинет приема - не менее 12 м ;
при установке гинекологического	процедурный кабинет - не
2	2
кресла - дополнительно 8 м);	менее 10 м ;
процедурный кабинет, совмещенный	прививочный кабинет - не менее
с прививочным по графику работы,	2
2	10 м ;
- не менее 12 м ;	смотровой кабинет с
помещение для хранения	гинекологическим креслом - не
2	2
лекарственных средств - 4 м ;	менее 10 м ;
помещение персонала с	стерилизационная - не менее
2	2
раздевалкой - 4-6 м ;	6 м ;

хранение уборочного инвентаря, моющих и дезинфицирующих средств, чистого белья, временное хранение грязного белья организуется в специальных помещениях или в шкафах вне производственных помещений; санузел	помещение для хранения лекарственных средств - 4 м ; помещение персонала с раздевалкой - 4-6 м ; помещение для уборочного инвентаря, моющих и дезинфицирующих средств - не менее 2 м ; помещение для хранения грязного белья - не менее 2 м ; санузел

Примечание. Для ФАПов, 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 ФАПов, 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, или 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

окрашиваются 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 ФАПов, амбулаторий должны быть оборудованы системой централизованного водоснабжения или водопроводом от местных источников. При наличии собственного источника водоснабжения водопотребление в ФАПах, 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, ежедневно подвергающихся мойке и дезинфекции.

Качество воды для хозяйственно-питьевого назначения должно

соответствовать требованиям санитарных правил.

5.2. Медицинские кабинеты ФАПов, 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. Здания ФАПов, амбулаторий оборудуются естественной

вентиляцией (форточки, откидные фрамуги, оборудованные системой

фиксации).

7. Гигиенические требования к естественному и искусственному освещению

7.1. Помещения ФАПов, 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, 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 двух 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 двух 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 одного 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 инфекционными заболеваниями (подозрением) 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 ФАПов, 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 мини-прачечной в здании ФАПа, амбулатории. Мини-прачечная должна иметь не менее двух помещений:

для сбора, временного хранения и стирки 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 ФАПов, амбулаторий должны быть оборудованы с соблюдением следующих требований.

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 ФАПа, 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 том числе

временную), должен иметь сменную одежду и обувь.

10.6. Врачи, фельдшеры, 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

к СанПиН 2.1.3.2630-10

Минимальные площади помещений

N п/п	Наименования помещений	Площадь (м 2)
	1. Площади на одну койку в палатах различного назначения и вместимости	
	1.1. Палаты на одну койку	
1	Интенсивной терапии, в том числе для ожоговых больных	18
2	Нейрохирургические, ортопедотравматологические, радиологические, ожоговые (кроме	12

		отделений интенсивной терапии),	
		восстановительного лечения,	
		медико-социальные (в том числе в	
		хосписах), диагностические палаты,	
		палаты для больных, передвигающихся с	
		помощью кресел-колясок	
3	Индивидуальная родовая палата с кроватью-трансформером	24
4	Индивидуальная родовая палата	30
5	Для новорожденных (изолятор)	6
6	Для детей до 7 лет с круглосуточным	12

	пребыванием матерей	
7	Для взрослых или детей старше 7 лет с сопровождающим	14
8	Прочие, в том числе 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,	10

	радиологические, ожоговые (кроме отделений интенсивной терапии), восстановительного лечения, медико-социальные (в том числе в хосписах), диагностические палаты, палаты для больных, передвигающихся с помощью кресел-колясок	
11	Инфекционные, в том числе туберкулезные	8
12	Психиатрические общего типа и наркологические	6
13	Психиатрические надзорные	7

14	Прочие, в том числе 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,	9
	ортопедотравматологические,	
	радиологические, ожоговые (кроме	
	отделений интенсивной терапии),	
	восстановительного лечения,	

	медико-социальные (в том числе в хосписах), диагностические палаты, палаты для больных, передвигающихся с помощью кресел-колясок	
19	Инфекционные, в том числе туберкулезные	7
20	Психиатрические общего типа	5
21	Психиатрические надзорные	6
22	Прочие	6
	Для детей до 1 года, в том числе для новорожденных	

23	Интенсивной терапии для новорожденных	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 кувез	6
	2. Консультативные, лечебные,	

	диагностические помещения, помещения	
	восстановительного лечения, общие для	
	разных структурных подразделений	
28	Кабинет-офис для приема пациентов без	10
	проведения осмотра (психолог, юрист,	
	социальный работник и др.)	
29	Кабинет врача (фельдшера) для приема	12
	взрослых пациентов (без	
	специализированных кресел, аппаратных	
	методов диагностики, лечения и	
	парентеральных вмешательств), кабинет	
	предрейсовых/послерейсовых осмотров	

|30 |Кабинет врача (фельдшера) для приема |15
|
| |детей (без специализированных кресел, |
|
| |аппаратных методов диагностики, лечения |
|
| |и парентеральных вмешательств) |
|
|----|----------|----------
---------|
|31 |Кабинет врача со специально |18
|
| |оборудованным рабочим местом (гинеколог, |
|
| |уролог, проктолог, офтальмолог, |
|
| |оториноларинголог, генетик и др.) |
|
|----|----------|----------
---------|
|32 |Манипуляционная, смотровая с аппаратными |16
|
| |методами диагностики и лечения, в том |
|
| |числе при кабинете врача-специалиста |
|
|----|----------|----------
---------|
|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	6 на 1 место, но
	|пребывания пациента после амбулаторных |не менее 9
	|оперативных вмешательств	
39	Комната приготовления аллергенов	6
39.1	Комната хранения и разведения вакцины	6
	|БЦЖ, хранения вакцины против гепатита В	
	|в акушерском стационаре	
40	Кабинет для занятий малых (до 5 человек)	18
	|групп (логопедических,	
	|психотерапевтических и др.)	
41	Кабинеты электросветолечения,	6 на 1 место, но

	теплолечения, лазерной терапии,	не менее 12
	магнитотерапии, кислородной терапии,	
	иглорефлексотерапии, лечения электросном	
	и др.	
42	Кабинет для занятий групп более 5 человек	4 на место,
	(логопедический, психотерапевтический,	но не менее 24
	гипнотарий и др.)	
43	Шлюз при кабинетах врачебного приема	2
44	Темная комната офтальмолога	4
45	Аудиометрическая кабина (кроме кабин,	3
	поставляемых в виде готового изделия)	

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,	12

	четырехкамерных ванн	
61	Помещение контрастных ванн	32
62	Процедурная кабинета магнитно-резонансной томографии	25 (уточняется технические требования 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
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	24
		кроватью-трансформером	
	|- индивидуальная родовая палата	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.	36
	эндоскопическая и лапароскопическая)	
85	Операционная для проведения	42
	ортопедотравматологических и	

	нейрохирургических операций	
86	Операционная для проведения операций на сердце с использованием АИК, рентгеноперационная	48
87	Предоперационная для одной общепрофильной операционной	10
88	Предоперационная для двух общепрофильных (одной специализированной) операционных	12
90	Помещение подготовки больного, наркозная	12
91	Инструментально-материальная, помещения	4 на каждую

	для хранения стерильного, шовного материалов, растворов	операционную, но не менее 10
92	Стерилизационная для экстренной стерилизации	10
93	Помещение для разборки и мытья инструментов, в том числе эндоскопического оборудования	10, плюс 2 на каждую операционную свыше 4
94	Помещение для мойки и обеззараживания наркозно-дыхательной аппаратуры	12, плюс 2 на каждую операционную свыше 4
95	Кладовая наркозно-дыхательной аппаратуры	8, плюс 2 на каждую операционную свыше 4

|----|----------|----------|
|96 |Помещение для хранения и подготовки |8 |
	крови и кровезаменителей к переливанию	
97	Протокольная (предусматривается при	15
	наличии более 4-х операционных)	
98	Помещение для хранения	4
	послеоперационных отходов	
99	Помещение хранения и подготовки гипса и	6
	гипсовых бинтов	
100	Перевязочная с ванной и подъемником для	30
	ожоговых больных	

101	Комната психологической разгрузки	18
102	Помещение временного хранения трупов	6
	3.4. Отделения гемодиализа и детоксикации	
103	Диализный зал с постом дежурной медицинской сестры	14 на одно диализное место
104	Помещение водоподготовки	10
105	Склад солей	2 на каждое диализное место, но

		|не менее 8
106	Кладовая растворов	1,5 на каждое
		диализное место, но
		не менее 8
107	Помещение ремонта диализных аппаратов	12
108	Процедурная для проведения	16
	перитонеального диализа	
	3.5. Диагностические лаборатории	
109	Лаборантская (в т. ч. гематологическая,	6 на каждое рабочее
	биохимическая, эмбриологическая,	место, но не менее

	гистологическая и др.)	12
110	Помещение приема и регистрации биоматериала для лабораторных исследований	8
111	Помещение взятия проб капиллярной крови	4 на каждое рабочее место, но не менее 9
112	Лаборатория срочных анализов	12
113	Автоклавная для обеззараживания	12
	3.6. Отделения производственной трансфузиологии	

|----|----------|----------|
|114 |Процедурная на 1 кресло со шлюзом для |4 на каждое кресло, |
	забора донорской крови, плазмафереза	но не менее 14 + 2
115	Бокс (с предбоксом) для	10 + 4
	фракционирования крови
116	Процедурная (со шлюзом) для	14 + 2
	аутоплазмафереза
117	Помещение для карантинизации плазмы,	10
	помещения хранения неапробированных
	компонентов крови, хранения
	кровезаменителей, временного хранения
	и выдачи крови и ее заменителей

118	Помещение отдыха доноров	12
	3.7. Лаборатория экстракорпорального оплодотворения (ЭКО)	
119	Малая операционная	24
	- предоперационная	8
	- шлюз для входа пациентов	2
120	Манипуляционная для взятия яйцеклетки и имплантации оплодотворенной яйцеклетки (предусматривается в случае отсутствия операционной)	18

121	Эмбриологическая лаборантская с кабинетом генетика	18 + 12
122	Помещение сдачи спермы	6
123	Криохранилище	10
	3.8. Патолого-анатомические отделения и бюро судебно-медицинской экспертизы	
124	Помещение приема трупов	6
125	Кладовая для хранения вещей умерших	4
126	Помещение хранения трупов с кассетным	определяется

	холодильным шкафом	габаритами оборудования, но не менее 12
127	Секционная на 1 стол	18 на стол и 12 на каждый последующий
128	Предсекционная	10
129	Комната приема и регистрации биопсийного и аутопсийного материала	6
130	Препараторская	10
131	Фиксационная	6

132	Архив влажного аутопсийного и биопсийного материала	8
133	Архив микропрепаратов и блоков биопсий	8
134	Помещение одевания трупов	10
135	Кладовые консервирующих растворов, ядов и летучих веществ	6
136	Кладовая похоронных принадлежностей	6
137	Траурный зал	30

|138 |Помещение хранения трупов до отправки |15
|
| |на кремацию |
|
|----|----------|----------
---------|
|139 |Помещение хранения урн с прахом до |6
|
| |выдачи родственникам |
|
|----|----------|----------
---------|
|140 |Помещение священнослужителя |8
|
|----|----------|----------
---------|
|141 |Кабинеты врачебного |по площадям
|
| |освидетельствования живых лиц |кабинетов
для приема|
| | |пациентов
|
|----|----------|----------
---------|
|142 |Кабинет для работы с документами |10
|
|----|----------|----------
---------|
|143 |Помещение хранения вещественных |6
|

	доказательств и ценностей	
144	Архив гистологического материала	12
	4. Вспомогательные, служебные и бытовые помещения, общие для всех структурных подразделений	
145	Кабинет заведующего отделением	16
146	Комната персонала	12
147	Помещение старшей медицинской сестры	10
148	Ординаторская	6 на одного врача,

		|но не менее 12
149	Кабинет дежурного врача	10
150	Помещение для студентов<1>	
151	Помещение для преподавателей<1>	
152	Помещение сестры-хозяйки отделения	8
153	Помещение хранения чистого белья и постельных принадлежностей	4
154	Помещение хранения расходного материала и медикаментов	4

155	Помещение хранения наркотических средств и психотропных веществ	4
156	Медицинский архив	0,3 на одну койку, 4 на 100 посещений в смену, но не менее 12
157	Конференц-зал (с учетом эстрады и оснащения кресел пюпитрами)	0,9 на одно место
158	Кладовая вещей больных	0,2 на одну койку
159	Гардеробная уличной одежды персонала	0,08 на один крючок

|----|----------|----------|
|160 |Гардеробная домашней и рабочей одежды |0,5 на один |
	персонала	индивидуальный шкаф
161	Вестибюль-гардеробная для посетителей	0,5 на одного
		посетителя
162	Раздевальная для пациентов при	1,3 на одно место,
	лечебных и диагностических кабинетах	но не менее 2
163	Туалет с умывальником для персонала	3
164	Душ для персонала	3
165	Помещение временного хранения грязного	4

	белья	
166	Помещение хранения предметов уборки и дезинфицирующих растворов	4
167	Помещение временного хранения медицинских отходов	4
168	Санитарная комната (временное хранение грязного белья, мед. отходов, мойка суден)	8
169	Помещение для хранения передвижного рентгеновского аппарата, переносной аппаратуры	8

|----|----------|----------|
170	Помещение для слива	2

_____

<1> В случае, если это учебные базы или клиники высших и средних учебных заведений.

_____

Приложение 2
к СанПиН 2.1.3.2630-10

Состав, набор и минимальные рекомендуемые площади помещений стоматологической медицинской организации*

|----------|----------|----------|
| Наименования помещений |Мини- |Примечания |
| |мальная | |

	площадь,	
	2	
	м	
1	2	3
Вестибюльная группа с регистратурой, гардеробом верхней одежды и ожидальней	10	На каждого взрослого 2 пациента по 1,2 м . На каждого ребенка с учетом пребывания одного из 2 родителей - 2 м
Кабинет врача	14	2

(стоматолога-терапевта,		С увеличением на 10 м на
хирурга, ортопеда,		каждую дополнительную
ортодонта, детского		стоматологическую установку
стоматолога)		
		2
Кабинет врача в	12	(7 м на
общеобразовательных		стоматологическое кресло
учреждениях		без установки).
Кабинет гигиены рта	10	С учетом
ограниченного		
		объема лечебной помощи
Операционный блок:		При отсутствии
предоперационная	6	стерилизационной
операционная	20	инструментарий из
комната временного	4	операционной
поступает на		

пребывания пациента после операции		стерилизацию в предоперационную, где предусматривается стерилизационная, при этом площадь предоперационной увеличивается как минимум 2 на 2 м
Рентгеновский кабинет на один дентальный рентгеновский аппарат для прицельных снимков	6**	Уменьшение площади возможно при соблюдении пункта 7.2.1 настоящих санитарных правил
Стерилизационная	6	Площадь принимается в

			соответствии с
			технологическим
			обоснованием (габариты
			оборудования и пр.), но не
			2
			менее 6 м
Зуботехническая			2
лаборатория:			4 м на одного техника, но
помещение зубных техников	7		не более 10 техников в
			одном помещении
Специализированные			При наличии зуботехнической
помещения:			лаборатории на 1-2 штатные
полимеризационная,	7		единицы зубных техников
гипсовочная, полировочная,			возможно ее размещение в

паяльная		двух 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
			2
		|менее 14 м
Литейная	4	В зависимости от технологии
		|и габаритов оборудования
		|площадь может быть изменена

Физиотерапевтическое отделение:			2
кабинет электросветолечения, лазеротерапии	12	6 м	на один аппарат
			2
кабинет гидротерапии	12	6 м	на один аппарат
кабинет УВЧ-, СВЧ- и ультрафиолетового облучения			2
	12	6 м	на один аппарат
кабинет физиотерапии	12	6 м	на один аппарат
Административные, подсобные и вспомогательные помещения:		На каждого работающего в смену по 1,5 м .	2

Верхняя

кабинет заведующего (администратора)	8	одежда может быть размещена в шкафу-купе.
комната персонала с гардеробом	6	
кабинет старшей медицинской сестры	8	Может быть объединен 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

туалет для персонала	3	стоматологических кресел в стоматологической медицинской организации не более 3 допускается наличие одного туалета для пациентов и персонала

---

* 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

к СанПиН 2.1.3.2630-10

Класс чистоты, рекомендуемый воздухообмен, допустимая и расчетная температура

Наименования помещений	Класс чистоты помещений	Санитарно-микробиологические показатели	Допустимая температура воздуха	Рекомендуемый воздухообмен в 1 час, не менее*		Крат-ность при естественном воздухообмене
		общее количество микроорганизмов в	(расчетная)	приток	вытяжка	

		3			
		1 м			
		воздуха			
		3			
		(КОЕ/м)			
		до на- чала ра- боты	во время ра- боты		
1	2	3	4	5	6	7	8
Операционные,	А	Не	Не	21-24(21)	100% от	80% от	Не

послеопера-		более	более		расчетного
расчетного	допу-				
ционные		200	500		воздухо-
воздухо-	ска-				
палаты,					обмена,
обмена, но	ется				
реанимационные					но не менее
не менее					
залы (палаты),					десяти-
восьми-					
в том числе					кратного
кратного					
для ожоговых					для асеп-
для асеп-					
больных,					тических
тических					
палаты					помещений;
помещений					
интенсивной					80% от
расчетного					
терапии,					расчетного
воздухо-					
родовые,					воздухо-
обмена, но					
манипуля-					обмена, но
не менее					
ционные-					не менее
десяти-					
туалетные для					восьми-
кратного					

новорожденных для септических помещений					кратного для септических помещений			
Послеродовые палаты, палаты для ожоговых больных, палаты для десяти- лечения кратного пациентов в асептических условиях, в том числе	Б	Не более 500	Не более 750	21-23(22)	100% от расчетного воздухо- обмена, но не менее десяти- кратного	100% от расчетного воздухо- обмена, но не менее	Не допу- ска- ется	

|для иммуно- | | | | | |
| |
|компрометиро- | | | | | |
| |
|ванных | | | | | |
Послеродовые	Б	Не	Не	23-27(24)	100% от	100% от	Не
палаты с		более	более		расчетного	расчетного	допу-
совместным		500	750		воздухо-	воздухо-	ска-
пребыванием					обмена, но	обмена, но	ется
ребенка,					не менее	не менее	
палаты для					десяти-	десяти-	
недоношенных,					кратного	кратного	
грудных,						
травмированных,						
новорожденных						
(второй этап						

выхаживания)							
Шлюзы в боксах и полубоксах инфекционных отделений	В	Не нор- мируется		22-24(22)	По расчету, но не менее пятикратного обмена	Не допускается	
Рентгеноопера- ционные, в том числе ангиографичес- кие	Б	Не более 500	Не более 750	20-26(20)	12	10	Не допускается
Стерилизацион-	Б	Не	Не	20-27(20)	3		2

|ные при | |более|более| | | |
операционных		500	750			
ЦСО:						
"чистая" и	Б	Не	Не	20-27(20)	100% от	80% от	Не
"стерильная"		более	более		расчетного	расчетного	допу-
зоны		500	750		воздухо-	воздухо-	ска-
(контроля,					обмена, но	обмена, но	ется
комплектования					не менее	не менее	
и упаковки					десяти-	восьми-	
чистых					кратного	кратного	
инструментов,							
помещения для							
подготовки							

|перевязочных | | | | | |
| |
|и операционных | | | | | |
| |
|материалов и | | | | | |
| |
|белья, | | | | | |
| |
|стерилизации, | | | | | |
| |
|экспедиции) | | | | | |
"грязная"	Г	Не	Не	20-27(20)	80% от	100% от	Не
зона		нор-	нор-		расчетного	расчетного	допу-
(приема,		миру-	миру-		воздухо-	воздухо-	ска-
разборки,		ется	ется		обмена,	обмена, но	ется
мытья и					не менее	не менее	
сушки					восьми-	десяти-	
медицинских					кратного	кратного	
инструментов					

|и изделий | | | | | | |
| |
|медицинского | | | | | | |
| |
|назначения) | | | | | | |
Боксы	В	Не	Не	20-26(20)	Из расчета	Из расчета	2,5
палатных		нор-	нор-		3	3	
отделений,		миру-	миру-		80 м /час	80 м /час	
боксированные		ется	ется		на 1 койку	на 1 койку	
палаты						
Палатные	В	Не	Не	20-26(20)	Из расчета	Из расчета	Не
секции		нор-	нор-		3	3	допу-
инфекционного		миру-	миру-		80 м /час	80 м /час	ска-
отделения,		ется	ется		на 1 койку	на 1 койку	ется
в том числе						

туберкулезные					
Палаты для взрослых больных, помещения для матерей детских отделений	В	Не нор- миру- ется	Не нор- миру- ется	20-26(20)	Из расчета 3 80 м /час на 1 койку
Шлюзы перед палатами для новорожденных	В	Не нор- миру- ется	Не нор- миру- ется	22-24(22)	По расчету, но не менее 5

Кабинеты врачей, помещения дневного пребывания пациентов, кабинеты функциональной диагностики, процедурные эндоскопии (кроме бронхоскопии)	В	Не нормируется	Не нормируется	20-27(20)	Из расчета 3 60 м /час на 1 человека	Из расчета 1 3 60 м /час на 1 человека
Залы	В	Не нормируется	Не нормируется	18-28(18)	80 % от 60 м /час на 1 человека	100% от 2

лечебной		нор-	нор-		расчетного	расчетного
физкультуры		миру-	миру-		воздухо-	воздухо-
		ется	ется		обмена	обмена
					3	3
					(80 м /час	(80 м /час
					на 1 зани-	на 1 зани-
					мающегося)	мающегося)
Процедурные	В	Не	Не	20-23(20)	100% от	100% от	Не
магнитно-		нор-	нор-		расчетного	расчетного	допу-
резонансной		миру-	миру-		воздухо-	воздухо-	ска-
томографии		ется	ется		обмена на	обмена на	ется
					удаление	удаление
					тепло-	тепло-
					избытков	избытков

Процедурные и асептические перевязочные, процедурные бронхоскопии	Б	Не более 300	Не нор-миру-ется	22-26(20)	8	6 Не допу-ска-ется
Процедурные с применением аминазина	В	Не нор-миру-ется	Не нор-миру-ется	22	8	10 Не допу-ска-ется
Процедурные для лечения	В	Не нор-	Не нор-	18	-	3 2

нейролептиками		миру-	миру-				
		ется	ется				
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 нор- миру- ется	Не нор- миру- ется	20	Приток из коридора	1	1

|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Процедурные и раздевальные рентгенодиагностических флюорографических кабинетов, кабинеты электросветолечения, массажный кабинет | Г | Не нормируется | Не нормируется | 20-26(20) | 3 | 4 Не допускается | |
| Комнаты | Г | Не | Не | 18(18) | 3 | 4 Не | |

управления		нор-	нор-			
допу-						
рентгеновских		миру-	миру-			
ска-						
кабинетов и		ется	ется			
ется						
радиологи-						
ческих						
отделений,						
фотолабо-						
ратории						
Монтажные и	Г	Не	Не	18(18)	-	3
2						
моечные		нор-	нор-			
кабинетов		миру-	миру-			
искусственной		ется	ется			
почки,						
эндоскопии,						

аппаратов							
искусственного кровообра- щения, растворные - деминирали- зационные							
Ванные залы (кроме радоновых), помещения подогрева парафина и озокерита,	Г	Не нор- миру- ется	Не нор- миру- ется	25-29(25)	3	5	3

лечебные						
плавательные						
бассейны.						
Помещения						
(комнаты) для						
санитарной						
обработки						
больных,						
душевые						
Раздевальные в отделениях водо- и грязелечения	Г	Не нор- миру- ется	Не нор- миру- ется	25-29(23)	Приток по балансу вытяжки из ванных и грязевых	2

					залов	
Помещения радоновых ванн, залы и кабинеты грязелечения для полосных процедур, душевые залы	Г	Не нор- миру- ется	Не нор- миру- ется	25-29(25)	4	5 Не допу- ска- ется
Помещения для хранения и регенерации грязи	Г	Не нор- миру- ется	Не нор- миру- ется	12	2	10 Не допу- ска- ется

Помещения для приготовления раствора сероводородных ванн и хранения реактивов	Г	Не нор- миру- ется	Не нор- миру- ется	20	5	6	Не допу- ска- ется
Помещения для мойки и сушки простыней, холстов, брезентов,	Г	Не нор- миру- ется	Не нор- миру- ется	16	6	10	Не допу- ска- ется

грязевые кухни							
Кладовые (кроме хранения реактивов), технические помещения (компрессорные, насосные и т. п.), мастерские по ремонту аппаратуры,	Г	Не нор-миру-ется	Не нор-миру-ется	18	-	1	1

архивы							
Санитарные комнаты, помещения сортировки и временного хранения грязного белья, помещения мойки, носилок и клеенок, помещение	Г	Не нормируется	Не нормируется	18	-	5	5

сушки одежды и обуви выездных бригад							
Кладовые кислот, реактивов и дезинфицирующих средств	Г	Не нор- миру- ется	Не нор- миру- ется	18	-	5	5
Регистратуры, справочные вестибюли, гардеробные,	Г	Не нор- миру- ется	Не нор- миру- ется	18	-	1	1

|помещения | | | | | |
| |
|для приема | | | | | |
| |
|передач | | | | | |
| |
|больным, | | | | | |
| |
|помещения | | | | | |
| |
|выписки, | | | | | |
| |
|ожидальные, | | | | | |
| |
|буфетные, | | | | | |
| |
|столовые для | | | | | |
| |
|больных, | | | | | |
| |
|молочная | | | | | |
| |
|комната | | | | | |
Помещения для	Г	Не	Не	18	2	3	2
мытья и		нор-	нор-				

стерилизации		миру-	миру-				
столовой и		ется	ется				
кухонной							
посуды при							
буфетных и							
столовых							
отделениях,							
парикмахерские							
для							
обслуживания							
больных							
Хранилища радиоактивных веществ,	Г	Не нор- миру-	Не нор- миру-	18	5	6	Не допу- ска-

|фасовочные | |ется |ется | | |
|ется |
|и моечные в | | | | | |
| |
|радиоло- | | | | | |
| |
|гических | | | | | |
| |
|отделениях | | | | | |
Помещения	Г	Не	Не	20-26(20)	По соответствующим
для рентгено-		нор-	нор-		санитарным правилам
и радиотерапии		миру-	миру-		
		ется	ется		
Кабинеты	Г	Не	Не	20-27(20)	2	3	Не
электро-,		нор-	нор-				допу-
свето-,		миру-	миру-				ска-
магнито-,		ется	ется				ется

теплолечения,								
лечения								
ультразвуком								
Помещения дезинфек-ционных камер: приемно-загрузочные	Г	Не нор-миру-ется	Не нор-миру-ется	16	Из "чистого" помещения	5	5 Не допу-ска-ется	
разгрузочные ("чистые") отделения					Через "грязные" отделения			

Секционные, музеи и препараторские при патолого-анатомических отделениях	Г	Не нор-миру-ется	Не нор-миру-ется	16-22(16)	-		4 Не допу-ска-ется
Помещения одевания трупов, выдачи трупов, кладовые похоронных принадлеж-ностей, для	Г	Не нор-миру-ется	Не нор-миру-ется	14-20(14)	-		3 Не допу-ска-ется

|обработки и | | | | | |
| |
|подготовки к | | | | | |
| |
|захоронению | | | | | |
| |
|инфицированных | | | | | |
| |
|трупов, | | | | | |
| |
|помещения для | | | | | |
| |
|хранения | | | | | |
| |
|хлорной | | | | | |
| |
|извести | | | | | |
Санузлы	Г	Не	Не	20-27(20)	-	3	3
		нор-	нор-			50 м на 1	
		миру-	миру-			унитаз и	
		ется	ется			3	
						20 м на 1	

Помещения для приготовления допу- лекарственных ска- форм в ется асептических условиях	А	200	500	18	4	2	Не
Ассистенская, 1 дефектарская, заготовочная и фасовочная, закаточная и контрольно- маркировочная, стерилиза-	Б	500	750	18	4	2	

ционная-							
автоклавная,							
дистиляционная							
Контрольно-	Г	Не	Не	18	2	3	1
аналитическая,		нор-	нор-				
моечная,		миру-	миру-				
распаковочная		ется	ется				
Помещения	Г	Не	Не	18			
хранения		нор-	нор-				
основного		миру-	миру-				
запаса:		ется	ется				
а) лекарст-					2	3	1
венных							

веществ,						
готовых						
лекарственных						
препаратов,						
в т. ч. и						
термолабиль-						
ных, и						
предметов						
медицинского						
назначения;						
перевязочных						
средств;						
б) минераль-					-	1
1						
ных вод,						
медицинской						

стеклянной и оборотной транспортной тары, очков и других предметов оптики, вспомога-тельных материалов, чистой посуды						
Помещения для приготовления и фасовки	Г	Не нор-миру-	Не нор-миру-	18	-	3 3

ядовитых		ется	ется					
препаратов и								
наркотиков								
Легковоспламе-	Г	Не	Не	18	-	10	5	
няющихся и		нор-	нор-					
горючих		миру-	миру-					
жидкостей		ется	ется					

_____

* Кратность в графе "приток" указана для наружного воздуха. Расчетный воздухообмен должен обеспечивать выполнение требований к параметрам воздушной среды, указанным в данной таблице.

_____

Приложение 6

к СанПиН 2.1.3.2630-10

П Е Р Е Ч Е Н Ь

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 др.)

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, 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 12

к СанПиН 2.1.3.2630-10

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-процентным спиртом, смазать ранку 5-процентным раствором йода.

При попадании крови или других биологических жидкостей на кожные покровы это место обрабатывают 70-процентным спиртом, обмывают водой с мылом и повторно обрабатывают 70-процентным спиртом.

Если кровь попала на слизистые оболочки глаз, их сразу же промывают водой или 1-процентным раствором борной кислоты; при

попадании на слизистую оболочку носа - обрабатывают 1-процентным раствором протаргола; на слизистую оболочку рта - полоскать 70-процентным раствором спирта или 0,05-процентным раствором марганцовокислого калия или 1-процентным раствором борной кислоты.

Слизистые оболочки носа, губ, конъюнктивы обрабатывают также раствором марганцовокислого калия в разведении 1:10 000 (раствор готовится ex tempore).

С целью экстренной профилактики ВИЧ-инфекции назначают азидотимидин в течение одного 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, вводятся 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

к СанПиН 2.1.3.2630-10

П Е Р Е Ч Е Н Ь

регистрируемых нозологических форм послеоперационных инфекций

Наименование заболевания	Шифр по МКБ-10
вирусные и бактериальные пневмонии	J 12-J 15
стрептококковая септицемия	A 40
другая септицемия, в том числе:	A 41
сепсис	A 41.8

газовая гангрена	A 48.0
бактериальный менингит, менингоэнцефалит и менингомиелит	G 00; G 04.2
энцефалит, миелит или энцефаломиелит неуточненный	G 04.9
флебит и тромбофлебит	180
острый перитонит	K 65.0
остеомиелит	M 86
неудачный медицинский аборт, осложнившийся	O 07.0

|инфекцией половых путей и тазовых органов |
|
|---|-----------
---------|
|расхождение краев операционной раны, не |T 81.3
|
|классифицированное в других рубриках |
|
|---|-----------
---------|
|инфекция, связанная с процедурой, не |T 81.4
|
|классифицированная в других рубриках |
|
|---|-----------
---------|
|инфекция, связанная с протезом сердечного |T 82.6,7
|
|клапана, другими сердечными и сосудистыми |
|
|устройствами, имплантатами и трансплантатами|
|
|---|-----------
---------|
|инфекции, обусловленные протезным |T 83.5,6
|
|устройством, имплантатом, трансплантатом в |
|
|мочеполовой системе |
|

инфекции, обусловленные эндопротезированием, внутренним фиксирующим устройством, внутренними протезными устройствами, имплантатами, трансплантатами	T 84.5,6,7
инфекция ампутированной культи	T 87.4
инфекция и воспалительная реакция, обусловленные другими внутренними протезными устройствами, имплантатами и трансплантатами	T 85.7
инфекции, связанные с инфузией, трансфузией и лечебной инъекцией	T 80.2

острый цистит	N 30.0
уретральный абсцесс	N 34.0
инфекции мочевыводящих путей без установленной локализации	N 39.0
другие инфекционные заболевания, носительство возбудителей инфекционных заболеваний, возникшие во время пребывания в лечебной организации	обозначаются кодами по МКБ-10 соответственно нозологической форме

_____

Приложение 14

к СанПиН 2.1.3.2630-10

Порядок уборки помещений различных структурных отделений

акушерского стационара

Приемно-смотровое отделение новорожденных	Обсервационное предродовые палаты	Родовое отделение 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 с использованием моющего средства, один раз в сутки уборка с использованием дезинфицирующего	1. При наличии одного родильного зала уборка с применением дезинфици-	Влажная уборка с исполь-зованием дезинфи-цирующего средства	Ежедневно влажная уборка - 3 раза в день, из них - 2 раза с использо-ванием моющего средства, 3 раза в день, из них - 2 раза с применением исполь-		

|средства. |рующего |раза в |дезинфицирующего |зованием |

|После каждой |средства - |день |средства |моющего |

|уборки |1 раз в | | |средства, |

|производится |сутки, | | |третий раз |

|обеззараживание |при | | |- с приме- |

|воздуха. |отсутствии | | |нением |

|После |родов | | |дезинфи- |

|обеззараживания |производится | | |цирующего |

|воздуха |обеззара- | | |средства |

|УФ-излучением |живание | |----------

|помещение |воздуха. | |После каждой уборки все объекты|

|проветривают в |После | |и поверхности в помещениях |

|течение 20 минут |обеззара- | |протирают салфеткой, смоченной |

| |живания | |водопроводной водой, воздух |

| |воздуха | |обеззараживают. |

Обработку помещений проводят в следующем порядке: сначала комнату-фильтр, затем - смотровую, душевую, санузел	УФ-излучением помещение проветривают в течение 20 минут. 2. При наличии двух и более родзалов (боксиро-ванных родблоков) уборку проводят		После обеззараживания воздуха помещение УФ-излучением помещение проветривают в течение 20 минут

	в каждом			
	из них			
	после			
	приема			
	родов			
Уборка по типу заключительной дезинфекции				
	При наличии одного родильного зала уборку проводят не реже	Один раз в неделю	После выписки родильницы и новорож- денного или при переводе	Один раз в неделю - (стены - на высоту 2 м) - с применением дезинфици-

		одного		в обсерва-	рующего
		раза в		ционное	средства
		три дня.		отделение -	
		При наличии		с приме-	
		двух		нением	
		родзалов		дезинфици-	
		в боксиро-		рующего	
		ванном		средства	
		родблоке			
		уборку			
		проводят			
		поочередно			
		в каждом из		После каждой уборки все объекты	
		них с		и поверхности в помещениях	
		применением		протирают салфеткой, смоченной	

		дезинфици-		водопроводной водой, воздух
		рующего		обеззараживают.
		средства.		После обеззараживания воздуха
		После каждой		УФ-излучением помещение
		уборки все		проветривают в течение 20
		объекты и		минут.
		поверхности		После выписки родильницы
		в помещениях		проводят заключительную
		протирают		дезинфекцию
		салфеткой,		
		смоченной		
		водопроводной		
		водой, воздух		
		обеззараживают.		
		После обез-		

		зараживания		
		воздуха		
		УФ-излучением		
		помещение		
		проветривают		
		в течение		
		20 минут.		
		Дату		
		проведения		
		дезинфекции		
		фиксируют		
		в журнале		

Приложение 15

к СанПиН 2.1.3.2630-10

П Е Р Е Ч Е Н Ь

регистрируемых нозологических форм инфекционных заболеваний в акушерских стационарах

Наименование заболевания	Шифр по МКБ-10
У новорожденных:	
конъюнктивит и дакриоцистит	P 39.1
пиодермия	L 08.0
другие местные инфекции кожи и	L 08.9

подкожной клетчатки	
флебит пупочной вены и других локализаций	L 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	L 00

кожи (пузырчатка)	
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	К 65.0
сепсис послеродовый	085
инфекция соска, инфекция молочной железы	091.0; 091.1
постинъекционные инфекции	Т 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