# СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность»

Постановление Главного государственного санитарного врача РФ
от 18 мая 2010 г. № 58
"Об утверждении СанПиН 2.1.3.2630-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность"
В соответствии с Федеральным законом от 30.03.1999 №52-ФЗ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения" (Собраниезаконодательства Российской Федерации, 1999, № 14, ст. 1650; 2002, № 1 (ч. 1),ст. 2; 2003, № 2, ст. 167; 2003, № 27 (ч. 1), ст. 2700; 2004, № 35, ст. 3607;2005, № 19, ст. 1752; 2006, № 1, ст. 10; 2006, № 52 (ч. 1) ст. 5498; 2007 № 1(ч. 1) ст. 21; 2007, № 1 (ч. 1) ст. 29; 2007, № 27, ст. 3213; 2007, № 46, ст.5554; 2007, № 49, ст. 6070; 2008, № 24, ст. 2801; 2008, № 29 (ч. 1), ст. 3418;2008, № 30 (ч. 2), ст. 3616; 2008, № 44, ст. 4984; 2008, № 52 (ч. 1), ст. 6223;2009, № 1, ст. 17) и постановлением Правительства Российской Федерации от24.07.2000 №554 "Об утверждении Положения о государственной санитарно-эпидемиологической службе Российской Федерации и Положения огосударственном санитарно-эпидемиологическом нормировании" (Собраниезаконодательства Российской Федерации, 2000, № 31, ст. 3295; 2004, № 8, ст.663; 2004, № 47, ст. 4666; 2005, № 39, ст. 3953) постановляю:
1.Утвердить санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 2.1.3.2630-10"Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющиммедицинскую деятельность" (приложение).
2.Ввести в действие указанные санитарно-эпидемиологические правила и нормативы содня вступления в силу настоящего постановления.
3.С момента введения в действие санитарно-эпидемиологических правил и нормативовСанПиН 2.1.3.2630-10 "Санитарно-эпидемиологические требования коргинизациям, осуществляющим медицинскую деятельность" считать утратившимисилу СанПиН2.1.3.1375-03 "Гигиенические требования к размещению, устройству,оборудованию и эксплуатации больниц, родильных домов и других лечебныхстационаров", утвержденные постановлением Главного государственногосанитарного врача Российской Федерации 06.06.2003 № 124 (зарегистрированы вМинюсте России 18.06.2003, регистрационный номер 4709); СанПиН 2.1.3.2195-07,изменение № 1 к СанПиН2.1.3.1375-03, утвержденные постановлением Главного государственногосанитарного врача Российской Федерации 25.04.2007 № 19 (зарегистрированы вМинюсте России 05.06.2007, регистрационный номер 9597); СП3.1.2485-09 "Профилактика внутрибольничных инфекций в стационарах(отделениях) хирургического профиля лечебных организаций", дополнение № 1к СанПиН2.1.3.1375-03, утвержденные постановлением Главного государственногосанитарного врача Российской Федерации 13.02.2009 № 9 (зарегистрированы вМинюсте России 20.03.2009, регистрационный номер 13548); СанПиН2.1.3.2524-09"Санитарно-гигиенические требования к стоматологическиммедицинским организациям" изменение 2 к СанПиН2.1.3.1375-03, утвержденные постановлением Главного государственногосанитарного врача Российской Федерации 07.07.2009 № 48 (зарегистрированы вМинюсте России 20.08.2009, регистрационный номер 14581); СанПиН3.5.2528-09 "Организация дезинфекционных и стерилизационныхмероприятий в лечебно-профилактических организациях", дополнение № 2 к СанПиН2.1.3.1375-03, утвержденные постановлением Главного государственногосанитарного врача Российской Федерации 06.08.2009 № 51 (зарегистрированы вМинюсте России 26.08.2009, регистрационный номер 14624); СанПиН2.1.3.2576-10 изменение № 3 к СанПиН2.1.3.1375-03, утвержденные постановлением Главного государственногосанитарного врача Российской Федерации

04.03.2010 № 18 (зарегистрированы вМинюсте России 27.04.2010, регистрационный номер 17017).

Г.Г. Онищенко

Зарегистрировано в МинюстеРФ 9 августа 2010 г.
Регистрационный № 18094

Приложение

Санитарно-эпидемиологическиеправила и нормативы
СанПиН 2.1.3.2630-10
"Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющиммедицинскую деятельность"
(утв. постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 8 мая 2010 г. № 58)

Содержание

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

перинатальных центров
4. Организация и проведение дезинфекционных и стерилизационных мероприятий
5. Эпидемиологический надзор за внутрибольничными инфекциями
6. Проведение расследования и ликвидации групповых внутрибольничных заболеваний среди новорожденных детей и родильниц
V. Санитарно-гигиенические требования к стоматологическим медицинским организациям
1. Общие положения
2. Требования к размещению стоматологических медицинских организаций
3. Требования к внутренней отделке помещений
4. Требования к оборудованию
5. Требования к микроклимату, отоплению, вентиляции
6. Требования к естественному и искусственному освещению
7. Обеспечение радиационной безопасности при размещении и эксплуатации рентгеновских аппаратов и кабинетов
8. Санитарно-противоэпидемические мероприятия
VI. Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, оборудованию и эксплуатации фельдшерско-акушерских пунктов, амбулаторий
1. Общие положения
2. Гигиенические требования к размещению и территории
3. Гигиенические требования к зданиям, сооружениям и помещениям
4. Требования к внутренней отделке помещений
5. Требования к водоснабжению и канализации
6. Требования к отоплению, вентиляции, микроклимату и воздушной среде помещений
7. Гигиенические требования к естественному и искусственному освещению
8. Требования к инвентарю и технологическому оборудованию
9. Санитарно-противоэпидемические мероприятия
10. Гигиенические требования к условиям труда и личной гигиене медицинского и обслуживающего персонала
Приложение 1 Минимальные площади помещений №№ Наименование помещений Площадь (м$^2$)
Приложение 2 Состав, набор и минимальные рекомендуемые площади помещений стоматологической медицинской организации** Наименование помещений Минимальная площадь, м$^2$
Приложение 3 Класс чистоты, рекомендуемый воздухообмен, допустимая и расчетная температура
Приложение 4 Предельно-допустимые концентрации (ПДК) и классы опасности лекарственных средств в воздухе помещений лечебных организаций
Приложение 5 Нормируемые показатели естественного, искусственного и совмещенного освещения основных помещений медицинских организаций
Приложение 6 Перечень изделий медицинской техники и медицинского назначения используемых в медицинской и фармацевтической деятельности и подлежащих санитарно-эпидемиологической и гигиенической оценке
Приложение 7 Допустимые уровни физических факторов, создаваемые изделиями медицинской техники
Приложение 8 Предельно допустимые уровни (ПДУ) электромагнитных излучений на рабочих местах медицинского персонала
Приложение 9 Допустимые уровни звука медицинской техники в помещениях лечебно-профилактических организаций
Приложение 10 Предельно допустимые уровни звука и эквивалентные уровни звука на рабочих местах для трудовой деятельности разных категорий тяжести и напряженности, дБА

Приложение 11 Предельно допустимые уровни воздушного ультразвука на рабочих местах
Приложение 12 Экстренная профилактика парентеральных вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции
Приложение 13 Перечень регистрируемых нозологических форм послеоперационных инфекций
Приложение 14 Порядок уборки помещений различных структурных отделений акушерского стационара
Приложение 15 Перечень регистрируемых нозологических форм инфекционных заболеваний в акушерских стационарах

# I. Общие требования к организациям,осуществляющим медицинскую деятельность

## 1. Общие положения и область применения

1.1Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы (далее - санитарные правила)устанавливают санитарно-эпидемиологические требования к размещению, устройству,оборудованию, содержанию, противоэпидемическому режиму, профилактическим ипротивоэпидемическим мероприятиям, условиям труда персонала, организациипитания пациентов и персонала организаций, осуществляющих медицинскуюдеятельность (далее - ООМД).

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

1.3Медицинская деятельность подлежит лицензированию в соответствии сзаконодательством Российской Федерации. Обязательным условием для принятиярешения о выдаче лицензии является представление соискателем лицензиисанитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правиламзданий, строений, сооружений, помещений, оборудования и иного имущества,которые соискатель лицензии предполагает использовать для осуществлениядеятельности.

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

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

1.6Медицинская техника, мебель, оборудование, дезинфекционные средства, изделиямедицинского назначения, строительные и отделочные материалы, а такжеиспользуемые медицинские технологии, должны быть разрешены к применению натерритории Российской Федерации в установленном порядке.

1.7Администрация ООМД обязана организовать производственный контроль засоблюдением санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов спроведением лабораторно-инструментальных исследований и измерений всоответствии с действующими нормативными документами.

## 2. Требования к размещению и территориилечебно-профилактических организаций (ЛПО)

2.1ЛПО располагают на территории жилой застройки, в зеленой или пригородной зонахна расстоянии от общественных, промышленных, коммунальных, хозяйственных идругих организаций в соответствии с требованиями, предъявляемыми к планировке изастройке городских, поселковых и сельских населенных пунктов, а также всоответствии с гигиеническими требованиями к санитарно-защитным зонам. Отводземельного участка

подлежит согласованию с органами, осуществляющимигосударственный санитарно-эпидемиологический надзор, с оформлениемсанитарно-эпидемиологического заключения о соответствии участка санитарнымправилам и нормативам.
2.2Стационары 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 впригородной или зеленой зонах.
2.3На участке ЛПО не должны располагаться здания организаций, функционально несвязанных с ней. На территории ЛПО или в непосредственной близости от неецелесообразно предусматривать гостиницы или пансионаты для проживанияпациентов, прибывших на амбулаторное обследование и/или сопровождающих лиц.
2.4На участке размещения ЛПО почва по санитарно-химическим, микробиологическим,паразитологическим показателям, радиационному фактору должна соответствоватьгигиеническим нормативам, содержание вредных веществ в атмосферном воздухе,уровни электромагнитных излучений, шума, вибрации, инфразвука не должныпревышать гигиенические нормативы.
2.5Через территорию ЛПО не должны проходить транзитные инженерные и транспортныекоммуникации.
2.6В жилых и общественных зданиях, при наличии отдельного входа, допускаетсяразмещать амбулаторно-поликлинические ЛПО мощностью не более 100 посещений всмену, включая фельдшерско-акушерские пункты (ФАПы), организации с дневнымистационарами.
2.7В жилых и общественных зданиях не допускается размещение ЛПО, оказывающихпомощь инфекционным (в том числе туберкулезным больным), за исключениемамбулаторно-поликлинического консультативного приема дерматолога.
2.8ЛПО для оказания помощи лицам, страдающим алкогольной и наркотическойзависимостью не допускается размещать в жилых зданиях.
2.9В жилых зданиях и во встроенно-пристроенных к ним помещениях не допускаетсяразмещать микробиологические лаборатории (отделения), отделениямагнитно-резонансной томографии.
2.10Требования к размещению организаций, эксплуатирующих источники ионизирующихизлучений, определяются в соответствии с нормами радиационной безопасности исанитарно-гигиеническими требованиями к данному виду деятельности.
2.11Площади земельных участков стационаров и отдельно-стоящихамбулаторно-поликлинических организаций должны определяться в соответствии стребованиями градостроительных нормативных документов. Рекомендуемые площадиземельного участка стационара в зависимости от коечной емкости представлены втаблице (таблица 1).
Таблица 1

**Площадьземельного участка на 1 койку**

| | |
|---|---|
| Коечная емкость стационара | 50 150 300-400 500-600 800 1000 |
| Площадь земельного участка на 1 койку в м$^2$ | 300 200 150 100 80 60 |

2.12 Рекомендуемый размерземельного участка поликлиники рассчитывается на число посещений в смену: 0,1га на 100 посещений в смену, но не менее 0,5 га на один объект. Подстанции скоройпомощи - 0,2-0,4 га на один объект; для размещения транспорта предусматриваетсяотапливаемая стоянка из расчета 36 кв. м на одно машиноместо. Расстояниестоянки машин скорой помощи до жилых домов предусматривается не менее 50 м.
2.13 Территория ЛПО должна быть благоустроена сучетом необходимости обеспечения лечебно-охранительного режима, озеленена,ограждена и освещена. Площадь зеленых насаждений и газонов должна составлять неменее 50 % общей площади участка стационара. В условиях стесненной городскойзастройки, а также в стационарах, не

имеющих в своем составе палатных отделенийвосстановительного лечения и ухода, допускается уменьшение площади участка впределах 10-15 % от нормируемой, за счет сокращения доли зеленых насаждений иразмеров садово-парковой зоны.
Вцелях предупреждения снижения естественной освещенности и инсоляции деревьявысаживаются на расстоянии не ближе 15 метров, кустарники - 5 метров отсветонесущих проемов зданий.
2.14На территории стационаров выделяются зоны: лечебных корпусов для инфекционных идля неинфекционных больных, садово-парковая, патологоанатомического корпуса,хозяйственная и инженерных сооружений. Инфекционный корпус отделяется от другихкорпусов полосой зеленых насаждений.
2.15Патологоанатомический корпус с ритуальной зоной не должен просматриваться изокон палатных отделений, а также жилых и общественных зданий, расположенныхвблизи ЛПО. В ритуальную зону ЛПО необходим отдельный въезд.
2.16Инфекционные, кожно-венерологические, акушерские, детские, психосоматические,радиологические отделения, входящие в состав многопрофильных лечебныхучреждений, размещаются в отдельно стоящих зданиях. К инфекционному отделениюпредусматривается отдельный въезд (вход) и крытая площадка для дезинфекциитранспорта. При соответствующей планировочной изоляции и наличии автономныхсистем вентиляции допускается размещение указанных подразделений в одном зданиис другими отделениями, за исключением противотуберкулезных подразделений. Дляинфекционного отделения необходимо предусматривать отдельный вход.
2.17На территории хозяйственной зоны ЛПО на расстоянии не менее 25 м от оконразмещают контейнерную площадку для отходов с твердым покрытием и въездом состороны улицы. Размеры площадки должны превышать площадь основания контейнеровна 1,5 м во все стороны. Контейнерная площадка должна быть защищена отпостороннего доступа, иметь ограждение и навес.
2.18Обращение с отходами медицинских организаций осуществляются в соответствии с требованиямидействующих нормативных документов.

## 3. Требования к зданиям, сооружениям ипомещениям

3.1Архитектурно-планировочные и конструктивные решения зданий и помещений длямедицинской деятельности должны обеспечивать оптимальные условия для осуществлениялечебно-диагностического процесса, соблюдения санитарно-противоэпидемическогорежима и труда медицинского персонала. Высота помещений допускается не менее2,6 м.
3.2В медицинских организациях должны быть созданы условия для удобного доступа икомфортного пребывания маломобильных групп населения.
3.3Структура, планировка и оборудование помещений должны обеспечивать поточностьтехнологических процессов и исключать возможность перекрещивания потоков сразличной степенью эпидемиологической опасности.
3.4В каждом лечебно-диагностическом подразделении следует предусматривать кабинетзаведующего, помещение старшей медицинской сестры, помещения персонала.
3.5Подразделения (помещения) с асептическим режимом, палатные отделения, отделениялучевой диагностики и терапии, другие подразделения с замкнутым технологическимциклом (лаборатория, пищеблок, ЦСО, аптека, прачечная) не должны бытьпроходными.
3.6Структура, состав, функциональное назначение и площади помещений должныопределяться мощностью и видами деятельности организации с учетом требованийдействующих нормативных документов и отражаться в задании на проектирование.Минимальные площади помещений следует принимать согласно приложений 1и 2настоящих правил. С целью создания оптимальных условий проведениялечебно-диагностического процесса, комфортного пребывания пациентов

иобеспечения безопасности труда медицинского персонала, площади отдельныхпомещений могут увеличиваться. Площадь помещений, не указанных в таблице,принимается по заданию на проектирование и определяется габаритами ирасстановкой оборудования, числом лиц одновременно находящихся в помещении ссоблюдением последовательности технологических процессов и нормативныхрасстояний, обеспечивающих рациональную расстановку оборудования и свободноепередвижение больных и персонала.
3.7В медицинских организациях, являющихся учебными или научными базами, необходимодополнительно предусматривать учебные помещения для студентов и курсантов,кабинеты для преподавателей, самостоятельные вспомогательные помещения(раздевалки, туалеты, кладовые).
3.8Допускается свободная ориентация окон помещений по сторонам света.Продолжительность инсоляции следует принимать с учетом требований санитарныхнорм по инсоляции и солнцезащите помещений жилых и общественных зданий итерриторий.
3.9Для защиты от слепящего действия солнечных лучей и перегрева окна,ориентированные на южные румбы горизонта, оборудуются солнцезащитнымиустройствами (козырьки, жалюзи).
3.10.При планировке зданий не допускается размещение под окнами палат помещенийтравматологических пунктов, приемно-смотровых боксов, входов в приемноеотделение, а также тарных, загрузочных, экспедиционных и других помещений, ккоторым имеется подъезд автомашин для проведения погрузочно-разгрузочных работ.
3.11Уровни шума в палатах не должны превышать гигиенические нормативы для жилых иобщественных зданий.
3.12Для приема, лечения и временной изоляции пациентов с инфекционнымизаболеваниями или подозрением на них, оборудуются приемно-смотровые боксы,боксы, боксированные палаты.
3.13Помещения, в которых предусматривается транспортировка пациентов накаталках/функциональных кроватях, должны иметь дверные проемы шириной не менее120 см (для существующих ЛПО - не менее 110 см).
3.14В медицинских организациях, где проводятся парентеральные манипуляции спримененим многоразового медицинского инструмента, следует предусматриватьцентральные стерилизационные отделения (ЦСО), площадь и состав которыхопределяется профилем и мощностью учреждения.
3.15При проектировании прачечных при медицинских организациях производительностьследует принимать из расчета 2,3 кг сухого белья в смену на 1 койку (в случаекруглосуточного пребывания лиц по уходу добавляется 1 кг), 0,4 кг сухого белья всутки на одно посещение амбулаторно-поликлинического отделения (организации). Вмедицинских организациях небольшой мощности, допускается устройствомини-прачечных (для стирки спецодежды, полотенец, салфеток) в составе не менеедвух смежных помещений (одно для сбора и стирки, другое для сушки и глажения).
3.16В стационарах следует предусматривать дезинфекционное отделение, состав иплощадь которого определяется количеством обрабатываемых постельныхпринадлежностей. При отсутствии собственного дезинфекционного отделениядезинфекция постельных принадлежностей может проводиться в других организациях,имеющих дезинфекционные камеры.
3.17ЛПО должны иметь раздельные туалеты для больных и персонала, за исключениемамбулаторно-поликлинических организаций с мощностью до 50 посещений в смену.
3.18Во вновь строящихся и реконструируемых ЛПО для пациентов при палатахпредусматриваются санузлы, оснащенные раковиной, унитазом, душем. Двери всанузлах для пациентов должны открываться наружу.

3.19Межэтажные перекрытия, перегородки, стыки между ними и отверстия дляпрохождения инженерных коммуникаций и проводок должны бытьгрызунонепроницаемыми.

## 4. Требования к внутренней отделке помещений

4.1Для внутренней отделки используются материалы в соответствии с функциональнымназначением помещений.

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

4.3Покрытие пола должно плотно прилегать к основанию. Сопряжение стен и половдолжно иметь закругленное сечение, стыки должны быть герметичными. Прииспользовании линолеумных покрытий края линолеума у стен могут быть подведеныпод плинтуса или возведены на стены. Швы, примыкающих друг к другу листовлинолеума, должны быть пропаяны.

Ввестибюлях полы должны быть устойчивы к механическому воздействию (мраморнаякрошка, мрамор, мозаичные полы и другие).

Полыв операционных, наркозных, родовых и других аналогичных помещениях должны бытьантистатическими.

Полыв вентиляционных камерах должны иметь непылеобразующее покрытие.

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

4.5В 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 обеспечиватьвлагостойкость на всю высоту помещения. Для покрытия пола следует применятьводонепроницаемые материалы.

4.6В 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 другимивлагостойкими материалами на высоту 1,6 м от пола и на ширину не менее 20 см отоборудования и приборов с каждой стороны.

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

## 5. Требования к водоснабжению и канализации

5.1Все вновь строящиеся, реконструируемые и действующие лечебные учреждения должныбыть оборудованы водопроводом, канализацией, централизованным горячимводоснабжением. Качество воды для хозяйственно-питьевого назначения должносоответствовать требованиям санитарных правил.

Приналичии собственного источника водоснабжения водопотребление лечебнымучреждением возможно при наличии санитарно-эпидемиологического заключения наданный источник.

5.2Очистка и обеззараживание сточных вод от ЛПО должна осуществляться наобщегородских или других канализационных очистных сооружениях, гарантирующихэффективную очистку и обеззараживание сточных вод. При отсутствии общегородскихили других очистных сооружений сточные воды ЛПО должны подвергаться полнойбиологической очистке и обеззараживанию на локальных сооружениях.

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

Отводсточных вод из помещений грязевых процедур, грязевой кухни и других помещенийгрязелечебницы должен осуществляться через специальные трапы в сборныйгрязеотстойник.
Дляочистки производственных сточных вод из здания пищеблока в больницах на 500коек и более следует предусмотреть установку (вне здания) жироуловителей.
5.4Для вновь строящихся и реконструируемых ЛПО на случай выхода из строя илипроведения профилактического ремонта системы горячего водоснабжения должно бытьпредусмотрено централизованное резервное горячее водоснабжение.
Длясуществующих учреждений - в качестве резервного источника устанавливаютсяводонагревательные устройства.
5.5Во врачебных кабинетах, комнатах и кабинетах персонала, в туалетах, вматеринских комнатах при детских отделениях, процедурных, перевязочных ивспомогательных помещениях должны быть установлены умывальники с подводкойгорячей и холодной воды, оборудованные смесителями. Температура горячей воды вточках разбора детских и психиатрических палат, душевых, санузлов для пациентовне должна превышать 37 °С.
Впалатах, шлюзах при палатах умывальники устанавливаются в соответствии сзаданием на проектирование.
5.6Предоперационные, перевязочные, родовые залы, реанимационные, процедурныекабинеты, посты медсестер при палатах новорожденных, посты медсестер (встроящихся и проектируемых ЛПО) и другие помещения, требующие соблюденияособого режима и чистоты рук обслуживающего медперсонала, следует оборудоватьумывальниками с установкой смесителей с локтевым (бесконтактным, педальным ипрочим не кистевым) управлением и дозаторами с жидким (антисептическим) мылом ирастворами антисептиков.
Такиеже краны и дозаторы устанавливаются в инфекционных, туберкулезных,кожно-венерологических, гнойных, ожоговых, гематологических отделениях,клинико-диагностических и бактериологических лабораториях, а также всанпропускниках, в шлюзах-боксах, полубоксах и санузлах для персонала.
5.7В палатах новорожденных устанавливаются раковины с широкой чашей и с высокимисмесителями.
5.8В кабинетах, где проводится обработка инструментов следует предусматриватьотдельную раковину для мытья рук или двугнездную раковину (мойку).
5.9Санузлы обеспечиваются туалетной бумагой, средствами для мытья рук.
5.10Санитарные комнаты палатных отделений должны быть оборудованы устройствами дляобработки и сушки суден, клеенок.
5.11Для удобства пациентов в санитарных узлах при палатах конструкция душевых кабинможет предусматривать слив без установки душевых поддонов или душевых поддоновбез бортиков.
5.12В целях профилактики внутрибольничного легионеллеза в отделениях (палатах) длялечения иммунокомпрометированных пациентов (трансплантологии, онкогематологии,ожоговых и т.п.) при температуре горячей воды в точках разбора (душевые сетки)ниже 60 градусов рекомендуется применять дополнительные средства защиты(специальные фильтры). Микробиологический контроль на наличие легионелл в этихучреждениях осуществляется 2 раз в год, точка отбора - перед поступлением враспределительную сеть. При температуре горячей воды выше 65 градусов ихолодной воды ниже 20 градусов микробиологический контроль не проводится.

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

6.1Системы отопления, вентиляции и кондиционирования воздуха должны обеспечиватьнормируемые параметры микроклимата и воздушной среды помещений, в которыхосуществляется медицинская деятельность.

6.2Нагревательные приборы должны иметь гладкую поверхность, исключающуюадсорбирование пыли и устойчивую к воздействию моющих и дезинфицирующихрастворов. Их следует размещать у наружных стен, под окнами. Расположениенагревательных приборов у внутренних стен в палатах не допускается. Приустройстве ограждений отопительных приборов должен быть обеспечен свободныйдоступ для текущей эксплуатации и уборки.
6.3В системах центрального отопления ЛПО в качестве теплоносителя используетсявода с температурой в нагревательных приборах 70-85 °С. Использование другихжидкостей и растворов в системах отопления не допускается.
6.4Здания ЛПО должны быть оборудованы системами приточно-вытяжной вентиляции смеханическим и/или естественным побуждением.
6.5Системы механической приточно-вытяжной вентиляции должны быть паспортизированы.Эксплуатация (обслуживание) механической приточно-вытяжной вентиляции иондиционирования осуществляется ответственным лицом организации или другойспециализированной организацией. Один раз в год проводится проверкаэффективности работы, текущие ремонты (при необходимости), а также очистка идезинфекция систем механической приточно-вытяжной вентиляции иондиционирования.
6.6Система вентиляции производственных помещений ЛПО, размещенных в жилых зданиях,должна быть отдельной от вентиляции жилого дома.
6.7При эксплуатации систем вентиляции должны быть обеспечены нормативныетребования к уровням шума и вибрации.
6.8Классы чистоты, допустимые уровни бактериальной обсемененности воздушной среды,допустимая температура и рекомендуемые кратности воздухообмена помещениймедицинских организаций принимаются в соответствии с приложением3. Впомещениях классов А и Б в воздухе не должно быть золотистого стафилококка. Впомещениях классов В и Г золотистый стафилококк не нормируется. Предельнодопустимые концентрации вредных химических веществ в воздухе производственныхпомещений представлены в приложении4.
6.9Проектирование и эксплуатация вентиляционных систем должны исключатьперетекание воздушных масс из "грязных" помещений в"чистые".
6.10Кратность воздухообмена определяется исходя из расчетов обеспечения заданной чистоты,температуры и относительной влажности воздуха. Скорость движения воздуха впалатах и лечебно-диагностических кабинетах принимается от 0,1 до 0,2 м/сек. Впомещениях класса чистоты А и Б относительная влажность не должна превышать 60%. Температураи организация воздухообмена в помещениях принимается в соответствии с приложением3.
6.11Вне зависимости от наличия систем принудительной вентиляции во всехлечебно-диагностических помещениях, за исключением помещений чистоты класса А,должна быть предусмотрена возможность естественного проветривания.
6.12Самостоятельные системы вентиляции предусматриваются для помещений операционных,реанимационных, рентгенкабинетов, лабораторий. Допускаются общие системыприточно-вытяжной вентиляции для группы помещений одного или нескольких структурных подразделений, кроме помещений чистоты класса А.
6.13Во все помещения воздух подается в верхнюю зону. По медицинскому заданию напроектирование в операционных, палатах для ожоговых и другихиммунокомпрометированных пациентов строящихся и реконструируемых медицинскихорганизаций рекомендуется воздух подавать сверху однонаправленным воздушным потокомв зону операционного стола (кровати).
Удалениевоздуха предусматривается из верхней зоны, кроме операционных, наркозных,реанимационных, родовых и рентгенопроцедурных, в которых воздух удаляется издвух зон: 40 % - из верхней зоны и 60 % - из нижней зоны (60 см от пола).

6.14При работе с жидким азотом и другими тяжелыми газами, аэрозолями, вытяжкаорганизуется только из нижней зоны. Помещения для хранения биоматериалов вжидком азоте должны оборудоваться самостоятельной системой вытяжной вентиляциии аварийной вентиляцией, включающейся автоматически по сигналу газоанализатора.
6.15В асептических помещениях приток должен преобладать над вытяжкой. В помещенияхинфекционного профиля вытяжка преобладает над притоком.
6.16В целях обеспечения постоянных показателей заданных параметров воздухаприточно-вытяжная система вентиляции помещений чистоты класса А должна работатьв непрерывном режиме.
6.17Запорные устройства (в том числе обратные клапаны), должны устанавливаться наприточных и вытяжных вентиляционных системах в секционных, лабораторияхпатологоанатомических отделений и отделений судебно-медицинской экспертизы, атакже в других помещениях, для исключения несанкционированного перетокавоздуха.
6.18В инфекционных, в том числе туберкулезных отделениях, вытяжные вентиляционныесистемы оборудуются устройствами обеззараживания воздуха или фильтрами тонкойочистки.
6.19Боксы и боксированные палаты оборудуются автономными системами вентиляции спреобладанием вытяжки воздуха над притоком и установкой на вытяжке устройствобеззараживания воздуха или фильтров тонкой очистки. При установкеобеззараживающих устройств непосредственно на выходе из помещений, возможнообъединение воздуховодов нескольких боксов или боксированных палат в однусистему вытяжной вентиляции.
6.20В существующих зданиях, при отсутствии в инфекционных отделенияхприточно-вытяжной вентиляции с механическим побуждением, должна бытьоборудована естественная вентиляция с обязательным оснащением каждого бокса ибоксированной палаты устройствами обеззараживания воздуха, обеспечивающимиэффективность инактивации микроорганизмов не менее чем на 95 % на выходе.
Изоляцияпациентов с инфекционными болезнями, которые могут привести к возникновениючрезвычайных ситуаций в области санитарно-эпидемиологического благополучиянаселения 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.
6.21В ЛПО, общей площадью не более 500 кв. м, в помещениях класса Б и В (кромерентгнекабинетов, кабинетов компьютерной и магнитно-резонансной томографии)допускается естественное проветривание.
6.22Забор наружного воздуха для систем вентиляции и кондиционирования производитсяиз чистой зоны на высоте не менее 2 м от поверхности земли. Наружный воздух,подаваемый приточными установками, подлежит очистке фильтрами грубой и тонкойочистки.
6.23Выброс отработанного воздуха предусматривается выше кровли на 0,7 м.Допускается выброс воздуха на фасад здания после очистки фильтрамисоответствующего назначения.
6.24Воздух, подаваемый в помещения чистоты классов А и Б подвергается очистке иобеззараживанию, устройствами, обеспечивающими эффективность инактивациимикроорганизмов на выходе из установки не менее чем на 99 % - для класса А и 95% для класса Б, а также эффективность фильтрации, соответствующей фильтрамвысокой эффективности (Н11-Н14). Фильтры высокой очистки подлежат замене нереже 1 раза в полгода, если другое не предусмотрено инструкцией поэксплуатации.
6.25Для обеспечения нормируемой температуры и влажности воздуха в помещенияхчистоты классов А и Б необходимо предусматривать кондиционирование воздуха сиспользованием систем и оборудования, разрешенных для этих целей

вустановленном порядке. По заданию на проектирование возможно оснащениесистемами кондиционирования помещений класса В.
6.26Воздухообмен в палатах и отделениях должен быть организован так, чтобы недопустить перетекания воздуха между палатными отделениями, между палатами,между смежными этажами. При входе в палатное отделение/секцию, операционныйблок, реанимационное отделение предусматривается шлюз с устройством вентиляции.
6.27В палатах с санузлами вытяжка организуется из санузла.
6.28В целях поддержания комфортной температуры воздуха в кабинетах врачей, палатах,административных и вспомогательных помещениях допускается применениесплит-систем, при условии проведения очистки и дезинфекции фильтров и камерытеплообменника в соответствии с рекомендациями производителя, но не реже одногораза в 3 месяца. Допускается также использование для этих целей панелилучистого тепла (охлаждения).
6.29Вытяжная вентиляция с механическим побуждением без устройства организованногопритока предусматривается из помещений: душевых, санитарных узлов, помещенийдля грязного белья, временного хранения отходов и кладовых для хранениядезинфекционных средств, реактивов и других веществ с резким запахом.
6.30Содержание лекарственных средств в воздухе операционных, родовых палат, палатинтенсивной терапии, реанимации, процедурных, перевязочных и других аналогичныхпомещений лечебных учреждений не должны превышать предельно-допустимыеконцентрации, приведенные в приложении4.
6.31Уровни бактериальной обсемененности воздушной среды помещений, в зависимости отих функционального назначения и класса чистоты, не должны превышать допустимые,приведенные в приложении3.
6.32Рабочие места в помещениях, где проводятся работы, сопровождающиеся выделениемвредных химических веществ (работа с цитостатиками, психотропными веществами,метилметакрилатами, фенолами и формальдегидами, органическими растворителями,анилиновыми красителями и другими) должны быть оборудованы, местными вытяжнымиустройствами.
Выбросотработанного воздуха от местных вытяжных устройств осуществляетсясамостоятельными каналами. Местные отсосы, удаляющие воздух из разныхпомещений, но с одинаковыми вредностями могут быть объединены в одну системувытяжной вентиляции.
6.33Для размещения оборудования систем вентиляции следует выделить специальныепомещения, раздельные для приточных и вытяжных систем. Канальное вентиляционноеоборудование возможно размещать за подшивным потолком в коридорах и впомещениях без постоянного пребывания людей.
6.34Воздуховоды приточной вентиляции и кондиционирования должны иметь внутреннююнесорбирующую поверхность, исключающую вынос в помещения частиц материалавоздуховодов или защитных покрытий.
6.35Воздуховоды систем приточной вентиляции (кондиционирования воздуха) послефильтров высокой эффективности (Н11-Н14) предусматриваются из нержавеющей сталиили других материалов с гладкой, коррозионностойкой, не пылящей поверхностью.
6.36Воздуховоды, воздухораздающие и воздухоприемные решетки, вентиляционные камеры,вентиляционные установки и другие устройства должны содержаться в чистоте, неиметь механических повреждений, следов коррозии, нарушения герметичности.Использование вентиляционных камер не по прямому назначению запрещается. Уборкапомещений вентиляционных камер должна проводиться не реже 1 раза в месяц, авоздухозаборных шахт не реже 1 раз в полгода. Техническое обслуживание, очисткаи дезинфекция систем вентиляции предусматривается не реже 1 раза в год.Устранение текущих неисправностей, дефектов проводится безотлагательно.

6.37Во всех помещениях чистоты класса А, предусматривается скрытая прокладкатрубопроводов, арматуры. В остальных помещениях возможно размещениевоздуховодов в закрытых коробах.
6.38Приточные и вытяжные решетки должны быть максимально удалены друг от друга впределах одного помещения.
6.39Продухи чердачных и подвальных помещений должны быть защищены от проникновениягрызунов, птиц и синантропных насекомых.
6.40Независимо от принятой системы вентиляции рекомендуется проветривание палат неменее 4 раз в сутки по 15 минут.
6.41Администрацией ЛПО организуется контроль за параметрами микроклимата ипоказателями микробной обсемененности воздушной среды с периодичностью не реже1 раза в 6 месяцев и загрязненностью химическими веществами воздушной среды, нереже 1 раз в год.
6.42Допускается рециркуляция воздуха для одного помещения при условии установкифильтра высокой эффективности (Н11-Н14) с добавлением наружного воздуха порасчету для обеспечения нормативных параметров микроклимата и чистоты воздуха.
6.43 При наличии централизованных системкондиционирования и увлажнения воздуха в целях профилактики внутрибольничноголегионеллеза микробиологический контроль данных систем на наличие легионеллпроводится 2 раза в год. Отбор проб производится в соответствии с действующимитребованиями *(1).Кондиционирующие установки небольшой мощности без увлажнения воздуха исплит-системы контролю на легионеллы не подлежат.

## 7. Требования к естественному иискусственному освещению

7.1Помещения с постоянным пребыванием пациентов и персонала должны иметьестественное освещение.
7.2Без естественного освещения или с освещением вторым светом при условииобеспечения нормируемых показателей микроклимата и кратности воздухообменадопускается 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, помещенияотдыха, приема пищи, выездных бригад, гардеробные, душевые, санузел);
в)помещения вспомогательных служб (экспедиции, загрузочные, архивы, кладовые ихранилища всех видов, термостатная, комната приготовления сред, центральныебельевые, помещения приготовления рабочих дезинфекционных растворов, моечные,столовые, в том числе для пациентов, помещения пищеблоков, прачечных,центральных стерилизационных, дезинфекционных отделений, помещения хранения иодевания трупов, траурный зал, помещения обработки медицинских отходов,санитарные пропускники, санитарные комнаты, клизменные;
г)кабинеты и помещения восстановительного лечения (тренажерные залы, массажныекабинеты, кабинеты мануальной терапии, кабинеты безигольной рефлексотерапии,кабинеты гирудотерапии, сауны, помещения подготовки парафина, озокерита,обработки прокладок, фотарии, кабинеты бальнеологических процедур, регенерациигрязи, лечения сном, кабинеты электросветолечения, кабинеты лучевой диагностикии терапии);
д)по заданию на проектирование без естественного освещения допускаются:операционные, предоперационные, стерилизационные и моечные (без постоянныхрабочих мест), секционные, предсекционные, монтажные диализных аппаратов иаппаратов искусственного кровообращения, процедурные эндоскопии, помещенияприема, регистрации и выдачи анализов, боксы для лабораторных исследований безпостоянных рабочих мест, процедурные функциональной диагностики.

7.3В подвале допускается размещать помещения, перечисленные в пунктах: 7.2 а - 7.2в.
7.4В цокольном этаже с заглублением не более метра допускается размещать кабинетыприема врачей при соблюдении нормируемого значения коэффициента естественногоосвещения (КЕО).
7.5В медицинских организациях уровень естественного и искусственного освещениядолжен соответствовать санитарным нормам и правилам (приложение5).
7.6Коридоры, используемые в качестве рекреаций, должны иметь естественное торцевоеили боковое освещение.
7.7Искусственная освещенность (общая и местная), источник света, тип лампыпринимаются в соответствии с действующими нормами.
7.8Светильники общего освещения помещений, размещаемые на потолках, должны быть сосплошными (закрытыми) рассеивателями.
7.9Для освещения палат (кроме детских и психиатрических отделений) следуетприменять настенные комбинированные светильники (общего и местного освещения),устанавливаемые у каждой койки на высоте 1,7 м от уровня пола.
7.10В каждой палате должен быть специальный светильник ночного освещения,установленный около двери на высоте 0,3 м от пола (в детских и психиатрическихотделениях светильники ночного освещения палат устанавливаются над двернымипроемами на высоте 2,2 м от уровня пола).
7.11Во врачебных смотровых кабинетах необходимо устанавливать настенные илипереносные светильники для осмотра больного со спектром света, приближенным кдневному.
7.12В целях обеспечения нормативных параметров искусственной освещенности рабочиеместа персонала оборудуются светильниками местного освещения.
7.13Освещение на рабочих местах с компьютерной техникой должно соответствоватьсанитарным правилам, устанавливающим гигиенические требования к персональнымэлектронно-вычислительным машинам, организации работы и другими действующиминормативными документами.

## 8. Требования к инвентарю и технологическомуоборудованию

8.1Расстояние от коек до стен с окнами должно быть не менее 0,9 м. Расстояниемежду торцами коек в четырех - коечных палатах, а также между торцами коек истеной в 2 - 3-коечных палатах должно быть не менее 1,2 м.
Расстояниемежду сторонами коек должно быть не менее 0,8 м, а в детских палатах и палатахвосстановительного лечения - не менее 1,2 м.
Впалатах должны быть установлены тумбочки и стулья по числу коек, а также шкафдля хранения личных вещей пациентов.
8.2Размещение оборудования и мебели в помещениях должно обеспечивать и свободныйдоступ к пациенту и доступность для уборки, эксплуатации и обслуживания.
8.3Рабочие места персонала должны быть устроены с учетом эргономическихтребований.
8.4Лечебно-диагностическое оборудование, не требующее специальных условийразмещения, и используемое в ходе приема врача, может быть установленонепосредственно в его кабинете (например: физиотерапевтическое оборудование вкабинете косметологии терапевтической, аппарат ЭКГ в кабинететерапевта/кардиолога, аппарат УЗИ в кабинете гинеколога).
8.5Каждое отделение должно быть оснащено средствами малой механизации (каталками,креслами-каталками, тележками для лекарств, белья, пищи, отходов) в необходимомколичестве в зависимости от коечной вместимости и профиля отделения.
8.6Кладовые для хранения белья оборудуются полками с гигиеническим покрытием,доступным для влажной уборки и дезинфекции. Общие бельевые оборудуютсястеллажами, а также столами для подборки и сортировки белья, а принеобходимости - приемными люками, пандусами или подъемными механизмами.

8.7Поверхность сидений (стулья, скамьи, банкетки др.) для пациентов и персоналадолжна быть изготовлена из материалов с низкой теплопроводностью.
8.8В лечебных, диагностических и вспомогательных помещениях, кромеадминистративных, должна использоваться медицинская мебель. Наружная ивнутренняя поверхность медицинской мебели должна быть гладкой и выполнена изматериалов, устойчивых к воздействию моющих и дезинфицирующих средств.
8.9Требования к изделиям медицинской техники (ИМТ) и изделиям медицинскогоназначения (ИМН)*(2).
8.9.1Изделия медицинской техники в зависимости от степени риска развитиянеблагоприятных последствий для медицинского персонала и потребителей при ихэксплуатации, подразделяются на следующие типы, определяющие их последующуюгигиеническую оценку и необходимые меры безопасности:
-низкой степени риска - изделия, генерирующие уровни физических факторов, непревышающие предельно допустимые значения, установленные для населения; нетребующие принятия специальных мер безопасности и не представляющие опасностидля пользователей при применении в соответствии с требованиями, указанными внормативной документации (инструкции по эксплуатации и т.п.); изделия могутиспользоваться 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 непревышающие предельно допустимых величин, установленных для производственныхвоздействий; изделия могут использоваться в условиях профессиональногоприменения без специальных ограничений; запрещается использование в быту;
-высокой степени риска - изделия, генерирующие уровни физических факторов,превышающие предельно допустимые значения, установленные для производственныхвоздействий, способные вызывать развитие профессиональных или производственнообусловленных заболеваний при несоблюдении требований безопасности, изложенныхв нормативной документации (инструкциях по эксплуатации); изделия могутиспользоваться только в условиях профессионального применения с соблюдениемкомплекса мер защиты, обеспечивающего максимальное снижение риска для персонала(защита временем, расстоянием, средства коллективной и индивидуальной защиты,периодические медицинские осмотры, производственный контроль).
8.9.2Изделия медицинской техники и медицинского назначения используемые вмедицинской и фармацевтической деятельности должны проходитьсанитарно-эпидемиологическую и гигиеническую оценку, подтверждающую ихсоответствие действующему законодательству в областисанитарно-эпидемиологического благополучия населения*(3)(приложение6).
8.9.3Проведение испытаний и санитарно-эпидемиологической и гигиенической оценкиизделий медицинской техники и медицинского назначения осуществляется вустановленном порядке.
8.9.4Фактические значения контролируемых показателей ИМТ и ИМИ изложены в приложении7.
8.9.5Установленные при испытаниях и гигиенической оценке ИМТ и ИМН фактическиезначения контролируемых показателей не должны превышать допустимых значений,установленных в приложении7.
Вслучаях, когда уровни физических факторов, генерируемые изделиями медицинскойтехники, превышают допустимые значения, указанные вприложении7 настоящего документа (изделия средней и высокой степени риска), то такиеИМТ должны использоваться только в условиях профессионального применения, а ихоценка должна проводиться на соответствие предельно допустимых уровней (ПДУ)физических факторов, установленных для производственных воздействий

собязательным определением комплекса мер защиты персонала, обеспечивающимбезопасную эксплуатацию ИМТ.
8.9.6Концентрации вредных химических веществ, дезинфицирующих и стерилизующихагентов, биологических факторов, выделяющихся в воздушную среду при работеизделий медицинской техники, не должны превышать предельно допустимыхконцентраций (ПДК) и ориентировочных безопасных уровней воздействия (ОБУВ),установленных для атмосферного воздуха.

## 9. Общие требования к организациипрофилактических и противоэпидемических мероприятий

9.1В целях профилактики возникновении и распространения внутрибольничных инфекций(ВБИ) разрабатывается план профилактических и противоэпидемических мероприятий,который, утверждается руководителем организации.
9.2План должен включать разделы по профилактике отдельных инфекционныхзаболеваний, в том числе гнойно-воспалительных, а также первичныепротивоэпидемические мероприятия на случай выявления больного инфекционнымзаболеванием.
9.3Профилактические мероприятия проводятся исходя из положения, что каждый пациентрасценивается как потенциальный источник гемоконтактных инфекций (гепатит В, С,ВИЧ и других).
9.4При плановом поступлении на стационарное лечение пациенты на догоспитальномэтапе 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 отсутствииконтактов с инфекционными больными в течение 21 дня до госпитализации.
9.5Проведение профилактических и противоэпидемических мероприятий осуществляетсямедицинским персоналом под руководством, лица, ответственного за работу попрофилактике ВБИ (руководитель организации, заместитель руководителя попротивоэпидемическим вопросам/врач-эпидемиолог/ заместитель по медицинскойчасти).

## 10. Санитарно-эпидемиологические особенностиорганизации подразделений различного профиля

10.1Приемные отделения стационаров.
10.1.1Эпидемиологическая задача приемного отделения не допустить поступления пациентас признаками инфекционного заболевания в палатное отделение стационара общегопрофиля. С этой целью осматриваются кожные покровы, зев, измеряетсятемпература, проводится осмотр на педикулез с отметкой в истории болезни,собирается эпидемиологический и прививочный (по показаниям) анамнез. Приемноеотделение оснащается термометрами и шпателями в количестве, соответствующемчислу поступающих пациентов. В случае подозрения на инфекционное заболеваниепациента изолируют в диагностическую палату при приемном отделении или бокс доустановки диагноза или перевода в инфекционное отделение (больницу). По заданиюна проектирование в приемном отделении предусматриваются помещения для оказанияэкстренной лечебно-диагностической помощи (кабинеты лучевой диагностики,эндоскопии, смотровые, экстренные операционные, реанимационные залы,перевязочные, гипсовочные, кабинеты врачей и прочие).
10.1.2Приемно-карантинное отделение психиатрического стационара отличается отприемного отделения стационара общего профиля тем, что в отделении

проводитсявзятие анализов (в случае отсутствия документально подтвержденных результатов)для микробиологических исследований на дифтерию и группу кишечных инфекций.Пациент находится в приемно-карантинном отделении до получения результатовисследования.
10.1.3В инфекционных стационарах (отделениях) для приема больных следует предусмотретьприемно-смотровые боксы, количество которых определяется в зависимости отколичества коек в отделении: до 60 коек - 2 бокса; 60-100 коек - 3 бокса; свыше100 коек - 3 % от числа коек.
10.1.4В неинфекционных отделениях для приема больных детей следует предусмотретьбоксы и приемно-смотровые боксы. Количество боксов должно быть равно 5 %, аколичество приемно-смотровых боксов - 2 % от числа коек терапевтическогопрофиля и 4 % от числа коек хирургического профиля.
10.2Палатные отделения стационаров общесоматического профиля, в том числе дневных.
10.2.1Минимальную площадь палат лечебных организаций следует принимать в соответствиис приложением1.
10.2.2Палатная секция должна быть непроходной. При входе в палатноеотделение/палатную секцию следует предусматривать шлюз. Количество коек впалатной секции определяется заданием на проектирование.
10.2.3Вместимость палат, следует принимать не более 4 коек.
10.2.4В отделениях с двумя палатными секциями предусматривается не менее 2процедурных.
10.2.5В палатных отделениях оборудуется буфетная, с моечной для столовой посуды.Столовая предусматривается заданием на проектирование.
10.2.6По заданию на проектирование для тяжело больных могут предусматриваться ванныекомнаты с подъемниками и другим специальным оборудованием, предназначенным длягигиенической обработки больных.
10.2.7При проектировании отделений для инвалидов-колясочников, кроме настоящихправил, следует руководствоваться санитарными правилами, устанавливающимигигиенические требования к размещению, устройству, оборудованию, содержаниюобъектов организаций здравоохранения и социального обслуживания,предназначенных для постоянного проживания престарелых и инвалидов,санитарно-гигиеническому и противоэпидемическому режиму их работы и другимидействующими нормативными документами.
10.2.8В санитарных комнатах следует предусматривать место для установки судномоечноймашины (утилизатора).
10.2.9Дневные стационары могут быть предусмотрены в составе медицинских организацийстационарной и амбулаторно-поликлинической помощи. В дневных стационарах спродолжительностью пребывания пациентов более 4 часов предусматриваетсяпомещение для подогрева и приема пищи.
10.2.10В дневных стационарах при хосписах, а также при учреждениях психиатрического ипсихо-неврологического профилей количество коек может быть меньше количествамест за счет оборудования вместо палат помещений для отдыха больных.
10.3Палатные отделения хирургического профиля*(4).
10.3.1Пациентов с гнойно-септическими внутрибольничными заболеваниями изолируют вотделение гнойной хирургии, а при его отсутствии - в отдельную палату.
10.3.2В отделениях с двумя палатными секциями предусматривается не менее 2перевязочных. Перевязки пациентам, имеющим гнойное отделяемое, проводят всептической перевязочной, при ее отсутствии, в асептической перевязочной послеперевязок пациентов, не имеющих гнойного отделяемого или непосредственно воднокоечной палате. Осмотр пациентов проводят в перчатках и фартуках.
10.3.3Пациенты с инфекцией любой локализации, независимо от срока ее возникновения,вызванной метициллин (оксациллин)-резистентным золотистым

стафилококком иливанкомицинрезистентным энтерококком, подлежат изоляции в боксированные палаты.При работе с данной категорией больных персонал должен соблюдать следующиеправила:
-при входе в палату персонал надевает маску, спецодежду, перчатки и снимает ихпри выходе;
-предметы ухода, а также стетоскоп, термометр и др. используются только дляданного пациента;
-перевязка пациента проводится в палате;
-при входе и выходе из палаты персонал обрабатывает руки спиртосодержащим кожнымантисептиком;
-после выписки пациента проводится заключительная дезинфекция, камерноеобеззараживание постельных принадлежностей, обеззараживание воздуха;
-после дезинфекции проводится лабораторное обследование объектов окружающейсреды (в палате). Заполнение палаты проводится после полученияудовлетворительных результатов микробиологического исследования.
10.4Особенности размещения и устройства операционных блоков, операционных.
10.4.1Операционные блоки должны быть размещены в помещениях, оборудованных автономнойсистемой приточно-вытяжной вентиляции и кондиционирования, обеспечивающейнормируемые параметры микроклимата, чистоту воздуха. При размещенииоперационного блока изолированно от других лечебных корпусов необходимопредусмотреть удобные утепленные переходы, соединяющие операционный блок сдругими лечебно-диагностическими и клиническими подразделениями. Операционныедля неотложной хирургии могут размещаться в составе приемных отделений.
Приусловии соблюдения зонирования помещений по чистоте, обеспечения нормативныхпараметров микроклимата и микробиологической чистоты воздушной среды,разделения технологических потоков, применения отделочных материалов,предназначенных для стерильных помещений, операционные блоки допускается неразделять на септические и асептические.
10.4.2В операционных блоках предусматривается строгое зонирование внутреннихпомещений на стерильную зону (операционные), зону строгого режима(предоперационные, помещение подготовки больного - наркозная, помещенияхранения стерильных материалов и другие вспомогательные помещения, для которыхсоблюдается режим санитарного пропускника для входа персонала), зонуобщебольничного режима (шлюз). В шлюзе персонал отделения, сопровождающий пациента,перекладывает его с каталки отделения на каталку операционного блока. Далееперсонал операционного блока перевозит пациента в операционную. Зонаобщебольничного режима (после шлюза) отделяется от остальных помещенийоперационного блока "красной чертой".
10.4.3Вход персонала других отделений за "красную черту" запрещен. Принеобходимости, персонал других отделений должен проходить в операционный блокчерез санитарные пропускники, с соблюдением всех требований санитарнойобработки.
10.4.4В операционные блоки предусматриваются раздельные входы для пациентов (черезшлюз) и персонала (через санитарный пропускник). В операционные персонал входитчерез предоперационные, пациенты доставляются через помещение подготовкибольного (наркозная) или из коридора оперблока.
10.4.5Для новых и реконструируемых организаций в малые операционныеамбулаторно-поликлинических организаций, а также отделений стационара, пациентвходит через шлюз, а персонал через предоперационную.
10.4.6В операционных предусматриваются автоматически закрывающиеся двери (доводчики,фотоэлементы, прочее). Лечебно-диагностическое оборудование в

операционных повозможности должно крепиться на консолях. Для обучения студентов должна бытьпредусмотрена трансляция операций в другое помещение.
10.4.7Операционные должны быть пронумерованы и функционально разделены с учетомнеобходимого оборудования и степени чистоты оперативного вмешательства.
10.4.8Для своевременного и адекватного лечения пациентов в послеоперационном периоде,производится взятие материала на бактериологический посев во время операций поповоду гнойных процессов, а также при повторных операциях по поводупостоперационных осложнений любого генеза (ревизия операционных ран/полостей).
10.4.9В операционных блоках санитарные пропускники для персонала (мужской и женский)следует проектировать каждый в составе трех смежных помещений. Первоепомещение, оборудованное душем, санузлом и дозатором с раствором антисептика. Вданном помещении приходящий персонал снимает спецодежду, в которой работал вотделении, принимает душ и производит гигиеническую обработку рук. Во второмпомещении персонал надевает чистые хирургические костюмы, разложенные в ячейкахпо размерам, специальную обувь, бахилы и выходит из санпропускника в коридороперационного блока, далее в предоперационную. После проведения операцийперсонал возвращается в санпропускник через третье помещение, в которомустанавливаются контейнеры для сбора использованного белья (халатов,хирургических костюмов, масок, шапочек, бахил). Далее персонал проходит впервое помещение, где, при необходимости, принимает душ, надевает спецодеждудля работы в отделении и выходит из операционного блока.
10.5Отделения реанимации и интенсивной терапии
10.5.1Состав и площадь помещений отделений реанимации и интенсивной терапииопределяется в зависимости от числа и профиля коек структурных подразделениймедицинской организации.
10.5.2В составе отделений реанимации и интенсивной терапии должен предусматриватьсяизолятор (боксированная палата).
10.5.3Отделение гипербарической оксигенации (барозал) предназначено для проведениябаротерапии - лечения кислородом под повышенным давлением, проводимое вспециальных аппаратах - кислородных барокамерах. Может быть как самостоятельнымподразделением, так и входить в состав реанимационных, инфекционных и прочихотделений. Площадь барозала определяется габаритами применяемого оборудования,но не должна быть менее 20 кв. м. Расстояние барокамеры от стены не менее 1 м,между двумя барокамерами - 1,5 м. Полы в барозале выполняются изантистатических материалов. Для внутренней отделки используются негорючиематериалы. Барозал относится к помещениям с асептическим режимом (класс Б).Воздух подлежит обеззараживанию.
10.6Акушерские стационары (отделения), перинатальные центры*(5).
10.6.1Для оказания акушерской помощи создаются организации трех типов: перинатальныецентры, родильные дома, родильные отделения.
10.6.2В послеродовых отделениях предусматриваются палаты совместного и раздельногопребывания родильниц и новорожденных. Соотношение тех и других палатопределяется заданием на проектирование. Количество коек в палатах совместногопребывания должно быть не более 2 материнских и 2 детских.
10.6.3Количество коек в послеродовых палатах раздельного пребывания должно быть неболее 4 и соответствовать количеству коек в палатах для новорожденных.
10.6.4Во вновь строящихся, а также реконструируемых родовспомогательных лечебныхучреждениях (отделениях) необходимо предусмотреть послеродовые палатывместимостью не более 2 материнских коек. В перинатальном центре должны бытьпредусмотрены палаты (отделения) для проведения реанимационных мероприятий иинтенсивной терапии новорожденным.

10.6.5В отделении для новорожденных акушерских стационаров палаты могутгруппироваться в отсеки не более чем на 20 кроваток.
10.6.6В акушерских стационарах и отделениях, при наличии обсервационных коек, приемрожениц с подозрением на инфекционное заболевание осуществляется через блокпомещений обсервационного приема.
Вовновь строящихся и реконструируемых зданиях в составе приемных отделенийнеобходимо предусматривать индивидуальные родовые боксы, при наличии которыхобсервационное отделение в структуре учреждения не выделяется. В этом случаеследует предусматривать возможность планировочной изоляции части палат.
10.6.7В составе акушерского стационара выделяется родильный блок. Помещение дляобработки рук и переодевания персонала (подготовительная) следует размещатьперед родовыми палатами или между ними.
10.6.8Допускается размещать палаты новорожденных между палатами родильниц. Передвходом в палату новорожденных необходимо предусматривать шлюз.
10.6.9Отделения второго этапа выхаживания предусматриваются только в составеперинатальных центров и детских стационарах, при соответствующей планировочнойизоляции.
10.7Палатные отделения стационара для лечения детей
10.7.1В стенах и перегородках, отделяющих детские палаты (без матерей) от коридоров,а также в стенах и перегородках между палатами для детей в возрасте до 7 летследует предусматривать остекленные проемы, размеры которых определяютсязаданием на проектирование.
10.7.2Вместимость палат для детей до 1 года (кроме новорожденных) должна быть неболее чем на 2 койки. Палаты объединяются в отсеки, не более чем по 8 коек.
10.7.3В отделениях второго этапа выхаживания и отделений для детей до 3 летпредусматриваются палаты для совместного круглосуточного пребывания матерей,фильтр для их профилактического осмотра и переодевания, а также помещения дляотдыха и приема пищи приходящих родителей.
10.7.4В детских палатах кровать для матери или другого сопровождающего лица можетустанавливаться без соблюдения требования трехстороннего подхода.
10.7.5В детских отделениях стационара предусматриваются помещения для обучения иигровые комнаты.
10.8Отделения для лечения инфекционных больных.
10.8.1Инфекционные отделения следует размещать в отдельно стоящем или пристроенномздании с отдельным приемным отделением.
10.8.2 Процентное соотношение коек в боксах,боксированных палатных инфекционных отделениях следует принимать по таблице 2.

Таблица2

| Суммарноеколичество инфекционных коек в ЛПО | Количество боксов (не менее) | | Количествобоксированных палат (не менее) | |
|---|---|---|---|---|
| | На 1койку (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 |
| Более100 для взрослых | 4 | 8 | 6 | 82 |
| Более100 для детей | 10 | 10 | 15 | 65 |

10.8.3В туберкулезном стационаре необходимо предусмотреть наличие боксированных палатдля пациентов с туберкулезом, вызванным возбудителем с множественнойлекарственной устойчивостью.

10.8.4В целях профилактики распространения туберкулеза с учетом высокой устойчивостии длительностью сохранения возбудителя во внешней среде перепрофилированиемедицинских организаций для лечения больных туберкулезом запрещается.
10.9Палатные отделения для иммунокомпрометированных пациентов (отделения дляпациентов с ВИЧ инфекцией, муковисцидозом, онкогематологическими заболеваниями,ожогами).
10.9.1Вместимость палат указанных подразделений должна быть не более 2 коек.
10.9.2Работа отделений организуется по принципу максимального оказания медицинскойпомощи и обслуживания пациентов непосредственно в палате.
10.9.3Палаты в отделениях должны быть со шлюзом и туалетом, оборудованы системойприточно-вытяжной вентиляции с преобладанием притока над вытяжкой, обеспечивающейчистоту воздуха в соответствии с требованиями приложения 3. При отсутствиимеханической приточно-вытяжной вентиляции, должны быть предусмотрены другиеустройства, обеспечивающие необходимую частоту воздуха: установкиобеззараживания воздуха рециркуляционного типа, устройство специальной палатки,оборудование однонаправленного воздушного потока над койкой пациента.
10.9.4По заданию на проектирование смежно с палатой для пациента предусматриваетсяпомещение/палата для пребывания лиц по уходу.
10.10Отделения физиотерапевтического и восстановительного лечения.
10.10.1Отделение восстановительного и физиотерапевтического лечения может быть общимдля всех структурных подразделений организации, за исключением отделенийинфекционного профиля.
10.10.2Установку и эксплуатацию аппаратуры, являющейся источником электромагнитныхполей (ЭМП), проводят в соответствии с санитарными правилами по требованиям кэлектромагнитным полям в производственных условиях.
10.10.3Физиотерапевтическая аппаратура устанавливается в изолированных кабинах,каркасы которых выполняются из пластмассовых или деревянных стоек либо изметаллических (никелированных) труб, свободных от заземления (изоляция от стени пола).
10.10.4В кабине допускается размещение не более одного аппарата. Кабина должна иметьследующие размеры: высота стоек - 2,0 м, длина - 2,2 м, ширина - 1,8 м. Прииспользовании аппаратов индуктотермии, микроволновой терапии, УВЧ-генераторовмощностью более 200 Вт ширина кабины принимается не менее 2 м.
10.10.5Аппараты для проведения УВЧ и СВЧ-терапии с дистанционным, в том числе и суниверсальным расположением конденсаторных пластин излучателей, требуюторганизации специально выделенных помещений либо кабин, экранированных тканью смикропроводом.
10.10.6Требования к размещению и эксплуатация лазерных аппаратов и приборов в ЛПОопределяются в соответствии с классом лазерной опасности. Внутренняя отделкапомещений должна быть выполнена из материалов с матовой поверхностью.Запрещается использование зеркал и других отражающих поверхностей. Дляаппаратов 1 и 2 класса лазерной опасности отдельных помещений не требуется.Аппараты 3 и 4 классов опасности должны размещаться в отельных кабинетах,оснащенных наружным табло "Не входить, работает лазер", знакомлазерной опасности, внутренним запорным устройством; на данные кабинетыоформляется санитарный паспорт. При работе с лазерными аппаратами 2-4 классовопасности необходимо использовать индивидуальные средства защиты органов зрениядля пациентов и персонала. Работа с источниками лазерного излучения должнапроводиться в соответствии с действующими санитарными правилами.
10.10.7В составе солярия, предназначенного для искусственного ультрафиолетовогооблучения людей, следует предусматривать место для раздевания.

Площади дляразмещения солярия следует предусматривать в соответствии с руководствомпользователя на конкретный тип солярия, но не менее 12 кв. м. Пациентыдолжны обеспечиваться защитными очками. После каждого пациента необходимоиспользовать дезинфицирующие средства для очищения акриловых стекол, подушекдля головы и ног, защитных очков или лицевых пластин, а в случае вертикальногосолярия - также пола. Следует соблюдать режим облучения, учитывая тип кожипациента и отсутствие противопоказаний для облучения. При солярии организуютсяпост медицинской сестры (оператора).

10.10.8Кабинеты, использующие аэроионизирующее оборудование (электрическиеаэроионизаторы, гидроаэроионизаторы, галогенераторы, галокамеры,спелеоклиматические камеры, электростатические фильтры), а также кабинетыгипокситерапии не допускается размещать в жилых зданиях. Рабочее местоперсонала оборудуется за пределами лечебных помещений, которые оборудуютсямеханической системой вентиляции. Кратность воздухообмена определяется порасчету для обеспечения гигиенических показателей.

10.10.9Кабинеты гипокситерапии в случае использования азота для газовой гипоксическойсмеси должны размещаться преимущество на первом этаже. В кабинетахпредусматриваются противошумовые мероприятия от работы компрессора иестественное проветривание. Принимается площадь 4 кв. м на человека, но кабинетне менее 10 кв. м. Для мойки и дезинфекции масок и шлангов предусматриваетсяпомещение не менее 4 кв. м.

Междусеансами устраивается перерыв для проветривания (10 минут). После окончанияработы смены предусматривается уборка с применением моющих и дезинфицирующихсредств, а также дезинфекция воздуха.

10.10.10При кабинете гидроколонотерапии предусматривается санузел.

10.11Эндоскопические отделения.

10.11.1В составе отделения выделяется кабинет приема врача, процедурные, помещения дляобработки эндоскопического оборудования и вспомогательные помещения. Дляпроведения бронхоскопии, эндоскопии верхних отделов пищеварительного тракта инижних отделов пищеварительного тракта выделяются отдельные процедурные.Проведение этих манипуляций в одной процедурной не допускается. При процедурнойдля исследования нижних отделов пищеварительного тракта предусматриваетсясанитарный узел.

10.11.2Для соблюдения противоэпидемического режима, эндоскопические отделения должныбыть оснащены достаточным количеством эндоскопов, обеспечивающим возможностьпроведения циклов дезинфекции, очистки, стерилизации или дезинфекции высокогоуровня (перед следующим использованием).

10.12Отделения экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), других вспомогательныхрепродуктивных технологий

10.12.1Состав помещений определяется технологическим процессом и мощностью учреждения.Минимальные площади специализированных и вспомогательных помещений представленыв приложении1.

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

10.12.3В помещении криохранилища не должно быть водопроводных труб, кранов и другоговодосодержащего сантехнического оборудования. Предусматриваетсяприточно-вытяжная вентиляция с вытяжкой из нижней зоны. Помещение оборудуетсядатчиками для контроля содержания кислорода. Индикаторы должны быть выведены израбочего помещения в места постоянного присутствия персонала.

10.13Отделения гемодиализа

10.13.1Допускается проектирование смежных гемодиализных залов для стационарных иамбулаторных больных. Для проведения хронического гемодиализа амбулаторнымбольным должна выделяться самостоятельная зона. Для амбулаторных пациентовпредусматриваются помещения отдыха, переодевания и хранения личных вещей.Минимальные площади помещений, в том числе вспомогательных, отражены в приложении1.
10.13.2В отделении острого гемодиализа предусматриваются клиническая экспресслаборатория, малая операционная и палата интенсивной терапии.
10.13.3Для пациентов, являющихся носителями маркеров парентеральных инфекционныхзаболеваний, предусматриваются отдельные залы и оборудование.
10.13.4Процедура острого диализа может проводиться в специальных помещениях отделениягемодиализа, либо в реанимационном отделении, приемном отделении при наличииистационарной или мобильной организации водоподготовки.
10.13.5Пациенты, находящиеся на хроническом гемодиализе должны быть привиты противгепатита В.
10.13.6Процедуры детоксикации (гемосорбция, плазмоферез, экстракорпоральнаягемокоррекция и др.) проводятся в условиях процедурного кабинета.
10.14Отделения лучевой диагностики.
10.14.1Размещение рентгеновских кабинетов, помещений, связанных с работой срадиоактивными веществами, осуществляется в соответствии с требованиями нормрадиационной безопасности и санитарных правил устройства и эксплуатациипомещений для работы с источниками ионизирующих излучений.
10.14.2Магнитно-резонансный томограф (МРТ) может размещаться в составе отделениялучевой диагностики.
ДиагностическуюМРТ кабинетов (отделений) не допускается размещать смежно (по горизонтали ивертикали) с палатами для беременных, детей и кардиологических больных. Экранированиеосуществляется с помощью клетки Фарадея с учетом мощности томографа.Конструкция стен, потолка, пола, дверей, окон в помещении диагностическойдолжна обеспечивать снижение уровней электромагнитного поля в прилегающихпомещениях до допустимых значений (приложение8). Звукоизоляция стен, потолка, пола, дверей, окон технического помещенияи диагностической должна быть выполнена в соответствии с расчетамиакустического влияния оборудования и обеспечивать гигиенические требования пошуму в смежных помещениях (приложения 9и 10).
10.14.3Размещение, оборудование кабинетов ультразвуковой диагностики должнысоответствовать гигиеническим требованиям к условиям труда медицинскихработников, выполняющих ультразвуковые исследования. Предельно-допустимыеуровни ультразвука представлены вприложении11.
10.15Подразделения скорой и неотложной помощи.
10.15.1Для оказания скорой и неотложной медицинской помощи больным и пострадавшим наместе происшествия необходимо иметь специально оснащенный медицинскимиизделиями и оборудованием автотранспорт.
10.15.2Для работы станции (подстанции) скорой и неотложной помощи предусматривается следующийминимальный набор помещений: диспетчерская, комната отдыха бригад, комнатахранения и комплектования укладок, санузел. По заданию на проектирование могутпредусматриваться кабинеты для экстренного оказания медицинской помощи,обработки и стерилизации инструментов, гараж и прочие.
10.16Патологоанатомические отделения и отделения судебно медицинской экспертизы.
10.16.1При соответствующей планировочной изоляции и наличии автономных системвентиляции патологоанатомическое отделение может быть сблокировано с лечебнымкорпусом стационара.

10.16.2В отделении выделяются зоны: административно-хозяйственная, секционная,лабораторная, инфекционная, ритуальная. В отделении предусматриваются не менеетрех входов (доставка трупов, вход персонала и посетителей, вход в траурныйзал). Помещения для вскрытия инфицированных трупов должны быть изолированными иметь отдельный вход снаружи.
10.16.3В патологоанатомическом отделении должны быть предусмотрены как минимум двесекционные, одна из которых на один секционный стол, с запасным наружнымвходом.
10.16.4Секционные столы должны быть изготовлены из водонепроницаемого материала слегко очищаемым покрытием (мрамор, мозаичные плиты, оцинкованное железо,нержавеющая сталь), выдерживающим частую обработку дезинфекционными средствами,иметь подводку холодной и горячей воды и сток в канализацию, закрывающийсясеткой-уловителем. Предусматривается наличие трапа в полу секционной.
10.16.5Работа с секционным материалом должна проводиться с использованием средствиндивидуальной защиты (халат, перчатки, фартуки, очки или щитки). В случаях, неисключающих туберкулез, используются маски/респираторы. При подозрении накарантинные инфекции применяются защитные костюмы.
10.16.7Влажные аутопсийные и биопсийные материалы должны храниться в специальномпомещении (архив влажного аутопсийного и биопсийного материала), в плотнозакрытых банках. По истечении срока хранения архивные материалы направляются вкрематорий.
10.16.8В бюро судебно-медицинской экспертизы отделение экспертизы живых лицрасполагается в изолированном отсеке, с самостоятельным входом.
10.17Лабораторные подразделения.
10.17.1Клинико-диагностические, микробиологические и другие диагностическиелаборатории должны размещаться в изолированных непроходных отсеках зданий. Помещениедля забора материала располагают за пределами блока помещений для исследований.Размещение и состав помещений микробиологической лаборатории (отделения)определяется с учетом требований санитарных правил по безопасности работы смикроорганизмами 3-4 групп патогенности (опасности) и возбудителей паразитарныхболезней. Доставка материала в лаборатории из сторонних организацийосуществляется через самостоятельный вход.
10.17.2Работа с использованием вредных химических веществ (фиксирование материала,розлив формалина, концентрированных кислот, приготовление реактивов,прокаливание выжигание, измельчение) должны проводиться в вытяжном шкафу.
10.17.3Летучие химические вещества хранятся в отдалении от нагревательных приборов иоткрытого огня. Хранение ядовитых веществ осуществляется в специальныхкладовых, в металлических шкафах или сейфах. Кислоты и щелочи хранятся встеклянной закрытой посуде на нижних полках шкафов отдельно от реактивов икрасок. При разбавлении концентрированных кислот во избежание разбрызгивания,кислоту добавляют в воду (а не наоборот). Для розлива из емкостей объемом 10-20л в мелкую тару применяются средства малой механизации (опрокидыватели,сифоны).
10.18Амбулаторно-поликлинический прием.
10.18.1В территориальных амбулаторно-поликлинических организациях мощностью до 100посещений в смену (в том числе в офисах врача общей практики), а также вспециализированных амбулаторно-поликлинических организациях неинфекционногопрофиля (поликлиники восстановительного лечения, врачебно-физкультурные,психоневрологические, кардиологические, наркологические, эндокринологические,онкологические) допускается наличие общей вестибюльной группы для детей ивзрослых (с выделением туалета для детей), а также совместное использованиедиагностических отделений и отделений восстановительного лечения.

10.18.2Вход детей в территориальные поликлиники организуется через фильтр-бокс. Вполиклиниках может предусматриваться игровая.
10.18.3Для организации приема семейного врача или врача общей практики в минимальномнаборе помещений предусматриваются: холл с зоной рекреации и отдельным входом,кабинет врача, процедурная, перевязочная, смотровая, комната персонала,санузел.
10.19Прием косметолога-терапевта
10.19.1Оказание медицинской помощи по косметологии терапевтической без нарушенияцелостности кожных покровов, в том числе с применением физиотерапевтическихметодов лечения проводится в кабинете врача косметолога. В случае применениянъекционных методов лечения предусматривается и процедурный кабинет.
10.20Центральное стерилизационное отделение (ЦСО)
10.20.1Помещения ЦСО должны быть разделены на три зоны - грязная, чистая и стерильная.К грязной зоне относятся помещения приема и очистки изделий медицинскогоназначения, к чистой зоне относятся помещения упаковки, комплектации и загрузкив стерилизаторы. К стерильной зоне относятся: стерильная половинастерилизационной - автоклавной, склад стерильных материалов и экспедиция.
10.21Фельдшерско-акушерские пункты (ФАПы).
10.21.1Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, оборудованию иэксплуатации ФАПов изложены в главе VI.
10.22Здравпункты предприятий и учреждений.
10.22.1Состав и площадь помещений определяется заданием на проектирование с учетомчисленности обслуживаемого контингента и видами медицинской деятельности.Помимо медицинских кабинетов предусматриваются бытовые помещения для персонала.В здравпунктах соблюдаются правила противоэпидемического режима в соответствиис требованиями настоящих правил.

## 11. Санитарное содержание помещений,оборудования, инвентаря

11.1Все помещения, оборудование, медицинский и другой инвентарь должны содержатьсяв чистоте. Влажная уборка помещений (обработка полов, мебели, оборудования,подоконников, дверей) должна осуществляться не менее 2 раз в сутки, сиспользованием моющих и дезинфицирующих средств, разрешенных к использованию вустановленном порядке. Администрация ЛПО организует предварительный ипериодический (не реже 1 раза в год) инструктаж персонала, осуществляющегоуборку помещений по вопросам санитарно-гигиенического режима и технологииуборки.
11.2Хранение моющих и дезинфекционных средств должно осуществляться в таре(упаковке) изготовителя, снабженной этикеткой, на стеллажах, в специальнопредназначенных местах.
11.3Необходимо иметь отдельные емкости с рабочими растворами дезинфекционныхсредств, используемых для обработки различных объектов:
-для дезинфекции, для предстерилизационной очистки и для стерилизации изделиймедицинского назначения, а также для их предварительной очистки (прииспользовании средств, обладающих фиксирующими свойствами);
-для дезинфекции поверхностей в помещениях, мебели, аппаратов, приборов иоборудования;
-для обеззараживания уборочного материала, для обеззараживания отходов классов Би В (в случае отсутствия установок для обеззараживания).
Емкостис рабочими растворами дезинфекционных средств должны быть снабжены плотноприлегающими крышками, иметь четкие надписи или этикетки с указанием средства,его концентрации, назначения, даты приготовления, предельного срока годностираствора.

11.4При работе с дезинфекционными средствами необходимо соблюдать все мерыпредосторожности, включая применение средств индивидуальной защиты, указанные винструкциях по применению.
11.5Уборочный инвентарь (тележки, мопы, емкости, ветошь, швабры) должен иметьчеткую маркировку или цветовое кодирование с учетом функционального назначенияпомещений и видов уборочных работ и храниться в выделенном помещении. Схемацветового кодирования размещается в зоне хранения инвентаря. Стиральные машиныдля стирки мопов и другой ветоши устанавливаются в местах комплектацииуборочных тележек.
11.6Мытье оконных стекол должно проводиться по мере необходимости, но не реже 2 разв год.
11.7Генеральная уборка помещений палатных отделений и других функциональныхпомещений и кабинетов должна проводиться по графику не реже 1 раза в месяц, собработкой стен, полов, оборудования, инвентаря, светильников.
11.8Генеральная уборка операционного блока, перевязочных, родильных залов,процедурных, манипуляционных, стерилизационных, и других помещений сасептическим режимом проводится один раз в неделю. В день проведениягенеральной уборки в оперблоке плановые операции не проводятся.
Внеграфика генеральную уборку проводят в случае получения неудовлетворительныхрезультатов микробной обсемененности внешней среды и по эпидемиологическимпоказаниям.
Дляпроведения генеральной уборки персонал должен иметь специальную одежду исредства индивидуальной защиты (халат, шапочка, маска, резиновые перчатки,резиновый фартук и др.), промаркированный уборочный инвентарь и чистые тканевыесалфетки.
11.9При проведении генеральной уборки дезинфицирующий раствор наносят на стеныпутем орошения или их протирания на высоту не менее двух метров (в операционныхблоках - на всю высоту стен), окна, подоконники, двери, мебель и оборудование.По окончании времени обеззараживания (персонал должен провести сменуспецодежды) все поверхности отмывают чистыми тканевыми салфетками, смоченнымиводопроводной (питьевой) водой, а затем проводят обеззараживание воздуха впомещении.
11.10Использованный уборочный инвентарь обеззараживают в растворе дезинфицирующегосредства, затем прополаскивают в воде и сушат. Уборочный инвентарь для пола истен должен быть раздельным, иметь четкую маркировку, применяться раздельно длякабинетов, коридоров, санузлов.
Приневозможности использования одноразовых тканевых салфеток, многоразовыесалфетки подлежат стирке.
11.11Хранение уборочного инвентаря необходимо осуществлять в специально выделенномпомещении или шкафу вне помещений рабочих кабинетов.
11.12Для обеззараживания воздуха в помещениях с асептическим режимом следуетприменять разрешенные для этой цели оборудование и/или химические средства. Технологияобработки и режимы обеззараживания воздуха изложены в соответствующихнормативно-методических документах и инструкциях по применению конкретногодезинфекционного оборудования и дезинфицирующих средств.
Сцелью снижения обсемененности воздуха до безопасного уровня применяютсяследующие технологии:
-воздействие ультрафиолетовым излучением с помощью открытых и комбинированныхбактерицидных облучателей, применяемых в отсутствии людей, и закрытыхоблучателей, в том числе рециркуляторов, позволяющих проводить обеззараживаниевоздуха в присутствии людей, необходимое число облучателей для каждогопомещения определяют расчетным путем согласно действующим нормам;

-воздействие аэрозолями дезинфицирующих средств в отсутствие людей с помощьюспециальной распыливающей аппаратуры (генераторы аэрозолей) при проведениидезинфекции по типу заключительной и при проведении генеральных уборок;
-применение бактериальных фильтров, в том числе электрофильтров.
11.13Для проведения уборки (кроме помещений класса А) допускается привлекатьпрофессиональные уборочные (клининговые) компании, работающие в круглосуточномрежиме, для которых необходимо предусматривать отдельные помещения. Персоналклининговых компаний при проведении уборки в ООМД должен соблюдать настоящиеправила. Требования к условиям труда персонала клининговых компаний,работающего в ЛПО, определены пунктом 15 главыI настоящих правил.
11.14Устранение текущих дефектов отделки (ликвидация протечек на потолках и стенах,следов сырости, плесени, заделка трещин, щелей, выбоин, восстановлениеотслоившейся облицовочной плитки, дефектов напольных покрытий и других) должнопроводиться незамедлительно.
11.15Сбор грязного белья осуществляется в закрытой таре (клеенчатые илиполиэтиленовые мешки, специально оборудованные и маркированные бельевые тележкиили другие аналогичные приспособления) и передаваться в центральную кладовуюдля грязного белья. Временное хранение грязного белья в отделениях (не более 12часов) допускается в помещениях для грязного белья с водостойкой отделкойповерхностей, оборудованных умывальником, устройством для обеззараживаниявоздуха. Помещение и инвентарь ежедневно моются и дезинфицируются.
11.16В стационарах и поликлиниках предусматриваются центральные кладовые для чистогои грязного белья. В медицинских организациях малой мощности чистое и грязноебелье может храниться в раздельных шкафах, в том числе встроенных. Кладовая длячистого белья оборудуется стеллажами с влагоустойчивой поверхностью дляпроведения влажной уборки и дезинфекции. Центральная кладовая для грязногобелья оборудуется напольными стеллажами, умывальником, вытяжной вентиляцией иустройством для обеззараживания воздуха.
11.17Процессы, связанные с транспортировкой, погрузкой, разгрузкой белья, должныбыть механизированы.
11.18Стирка белья должна осуществляться в специальных прачечных или прачечной всоставе медицинской организации. Режим стирки белья должен соответствоватьдействующим гигиеническим нормативам.
11.19Транспортировка чистого белья из прачечной и грязного белья в прачечную должнаосуществляться в упакованном виде (в контейнерах) специально выделеннымавтотранспортом.
Перевозкагрязного и чистого белья в одной и той же таре не допускается. Стирка тканевойтары (мешков) должна осуществляться одновременно с бельем.
11.20После выписки (смерти) больного, а также по мере загрязнения, матрацы, подушки,одеяла должны подвергаться дезинфекционной камерной обработке. В случаеиспользования для покрытия матрацев чехлов, из материала, допускающего влажнуюдезинфекцию камерная обработка не требуется. Дезинфекционной обработке подлежаткровать и тумбочка пациента. В медицинской организации должен быть обменныйфонд постельных принадлежностей, для хранения которого предусматриваетсяспециальное помещение.
11.21В строящихся и реконструируемых ЛПО рекомендуется устройство пунктов обработкикроватей с последующей комплектацией постельными принадлежностями.
11.22В период проведения текущего или капитального ремонта функционированиепомещений должно быть прекращено.
Вслучае необходимости проведения ремонта в действующем здании допускаетсяпроведение ремонтных работ при обеспечении надежной изоляции функционирующихпомещений (в том числе технических) от ремонтируемых. При

ремонте пищеблоковпитание пациентов и персонала обеспечиваются другими организациямиобщественного питания, имеющими разрешение на приготовление лечебного питания.
11.23В ООМД не должно быть синантропных членистоногих, крыс и мышевидных грызунов.Проведение дезинсекции и дератизации должно осуществляться в соответствии ссанитарными правилами специализированными организациями.
11.24Сбор, временное хранение и удаление отходов различных классов опасности в ООМДосуществляются в соответствии с санитарными правилами по обращению смедицинскими отходами.
11.25Урны, установленные для сбора мусора у входов в здания и на территории (черезкаждые 50 м) должны очищаться от мусора ежедневно и содержаться в чистоте.
11.26ООМД должна быть обеспечена необходимым количеством технологическогооборудования для обращения с отходами разных классов опасности(стойки-тележеки, пакеты, мешки, контейнеры, в том числе непрокалываемые, и другое).

## 12. Правила обработки рук медицинскогоперсонала и кожных покровов пациентов

12.1В целях профилактики ВБИ обеззараживанию подлежат руки медицинских работников(гигиеническая обработка рук, обработка рук хирургов) и кожные покровыпациентов (обработка операционного и инъекционного полей, локтевых сгибовдоноров, санитарная обработка кожных покровов).
Взависимости от выполняемой медицинской манипуляции и требуемого уровня снижениямикробной контаминации кожи рук медицинский персонал осуществляет гигиеническуюобработку рук или обработку рук хирургов. Администрация организует обучение иконтроль выполнения требований гигиены рук медицинским персоналом.
12.2Для достижения эффективного мытья и обеззараживания рук необходимо соблюдатьследующие условия: коротко подстриженные ногти, отсутствие лака на ногтях,отсутствие искусственных ногтей, отсутствие на руках колец, перстней и другихювелирных украшений. Перед обработкой рук хирургов необходимо снять также часы,браслеты и пр. Для высушивания рук применяют чистые тканевые полотенца илибумажные салфетки однократного использования, при обработке рук хирургов -только стерильные тканевые.
12.3Медицинский персонал должен быть обеспечен в достаточном количествеэффективными средствами для мытья и обеззараживания рук, а также средствами дляухода за кожей рук (кремы, лосьоны, бальзамы и др.) для снижения рискавозникновения контактных дерматитов. При выборе кожных антисептиков, моющихсредств и средств для ухода за кожей рук следует учитывать индивидуальную переносимость.
12.4Гигиеническая обработка рук.
12.4.1Гигиеническую обработку рук следует проводить в следующих случаях:
-перед непосредственным контактом с пациентом;
-после контакта с неповрежденной кожей пациента (например, при измерении пульсаили 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 внепосредственной близости от пациента.
-после лечения пациентов с гнойными воспалительными процессами, после каждогоконтакта с загрязненными поверхностями и оборудованием;
12.4.2Гигиеническая обработка рук проводится двумя способами:

-гигиеническое мытье рук мылом и водой для удаления загрязнений и сниженияколичества микроорганизмов;
-обработка рук кожным антисептиком для снижения количества микроорганизмов добезопасного уровня.
12.4.3Для мытья рук применяют жидкое мыло с помощью дозатора (диспенсера). Вытираютруки индивидуальным полотенцем (салфеткой), предпочтительно одноразовым.
12.4.4Гигиеническую обработку рук спиртсодержащим или другим, разрешенным кприменению антисептиком (без их предварительного мытья) проводят путем втиранияего 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 являетсяподдержание их во влажном состоянии в течение рекомендуемого времени обработки.
12.4.5При использовании дозатора новую порцию антисептика (или мыла) наливают вдозатор после его дезинфекции, промывания водой и высушивания. Предпочтениеследует отдавать локтевым дозаторам и дозаторам на фотоэлементах.
12.4.6Кожные антисептики для обработки рук должны быть легко доступны на всех этапахлечебно-диагностического процесса. В подразделениях с высокой интенсивностьюухода за пациентами и с высокой нагрузкой на персонал (отделения реанимации иинтенсивной терапии и т.п.) дозаторы с кожными антисептиками для обработки рукдолжны размещаться в удобных для применения персоналом местах (у входа впалату, у постели больного и др.). Следует также предусматривать возможностьобеспечения медицинских работников индивидуальными емкостями (флаконами)небольших объемов (до 200 мл) с кожным антисептиком.
12.4.7Использование перчаток.
12.4.7.1Перчатки необходимо надевать во всех случаях, когда возможен контакт с кровьюили другими биологическими субстратами, потенциально или явноконтаминированными микроорганизмами, слизистыми оболочками, поврежденной кожей.
12.4.7.2Не допускается использование одной и той же пары перчаток при контакте (дляухода) с двумя и более пациентами, при переходе от одного пациента к другомуили от контаминированного микроорганизмами участка тела - к чистому. Послеснятия перчаток проводят гигиеническую обработку рук.
12.4.7.3При загрязнении перчаток выделениями, кровью и т.п. во избежание загрязнениярук в процессе их снятия следует тампоном (салфеткой), смоченной растворомдезинфицирующего средства (или антисептика), убрать видимые загрязнения. Снятьперчатки, погрузить их в раствор средства, затем утилизировать. Руки обработатьантисептиком.
12.5Обработка рук хирургов.
12.5.1Обработку рук хирургов проводят все, участвующие в проведении оперативныхвмешательств, родов, катетеризации магистральных сосудов. Обработка проводитсяв два этапа: I этап - мытье рук мылом и водой в течение двух минут, а затемвысушивание стерильным полотенцем (салфеткой); II этап - обработка антисептикомкистей рук, запястий и предплечий.
12.5.2Количество антисептика, необходимое для обработки, кратность обработки и еепродолжительность определяются рекомендациями, изложенными в методическихуказаниях/инструкциях по применению конкретного средства. Непременным условиемэффективного обеззараживания рук является поддержание их во влажном состоянии втечение рекомендуемого времени обработки.
12.5.3Стерильные перчатки надевают сразу после полного высыхания антисептика на кожерук.

12.6Алгоритмы/стандарты всех эпидемиологически значимых лечебных и диагностическихманипуляций должны включать в себя рекомендуемые средства и способы обработкирук при выполнении соответствующих манипуляций.
12.7Необходимо осуществлять постоянный контроль выполнения требований гигиены рукмедицинскими работниками и доводить эту информацию до сведения персонала сцелью повышения качества медицинской помощи.
12.8Кожные антисептики для обработки рук должны быть легко доступны на всех этапахлечебно-диагностического процесса. В подразделениях с высокой интенсивностьюухода за пациентами и нагрузкой на персонал (отделения реанимации и интенсивнойтерапии и т.п.) дозаторы с кожными антисептиками для обработки рук должныразмещаться в удобных для применения персоналом местах (у входа в палату, упостели больного и др.). Следует также предусматривать возможность обеспечениямедицинских работников индивидуальными емкостями (флаконами) небольших объемов(100-200 мл) с кожным антисептиком.
12.9Обеззараживание кожных покровов пациентов
12.9.1Обеззараживание рук медицинских работников имеет большое значение впредотвращении передачи инфекции пациентам и персоналу. Основными методамиобеззараживания рук являются: гигиеническая обработка рук медицинскогоперсонала и обработка рук хирургов.
12.9.2Для достижения эффективного обеззараживания рук необходимо соблюдать следующиеусловия: коротко подстриженные ногти, отсутствие искусственных ногтей,отсутствие на руках колец, перстней и других ювелирных украшений. Передобработкой рук хирургов снять также часы, браслеты. Для высушивания рукиспользовать полотенца или салфетки однократного применения, при обработке рукхирургов - только стерильные.
12.9.3Обработку операционного поля пациента перед хирургическим вмешательством идругими манипуляциями, связанными с нарушением целостности кожных покровов(пункции, биопсии), предпочтительно проводить антисептиком, содержащимкраситель.
12.9.4Обработка инъекционного поля предусматривает обеззараживание кожи с помощьюспиртосодержащего антисептика в месте инъекций (подкожных, внутримышечных,внутривенных) и взятия крови.
12.9.5Для обработки локтевых сгибов доноров используют те же антисептики, что и дляобработки операционного поля.
12.9.6Для санитарной обработки кожных покровов пациентов (общей или частичной)используют антисептики, не содержащие спирты, обладающие дезинфицирующими имоющими свойствами. Санитарную обработку проводят накануне оперативного вмешательстваили при уходе за пациентом.

## 13. Требования к правилам личной гигиенычпациентов

13.1При поступлении в стационар пациенты, при необходимости, проходят санитарнуюобработку в приемном отделении, включающую: принятие душа или ванны, стрижкуногтей и другие процедуры, в зависимости от результатов осмотра. Послесанитарной обработки больному выдается комплект чистого нательного белья,пижаму/халат, тапочки. Личная одежда и обувь оставляется в специальной упаковкес вешалками (полиэтиленовые мешки, чехлы из плотной ткани) в помещении дляхранения вещей пациентов или передается его родственникам (знакомым).Допускается нахождение больных в стационарах в домашней одежде. Личная одеждабольных инфекционными заболеваниями должна подвергаться камерной дезинфекции вслучаях, предусмотренных санитарными правилами.
13.2В отделении больному выдается мыло, полотенце, стакан (чашка, кружка), принеобходимости - поильник, плевательница, подкладное судно с подставкой.Разрешается использовать собственные предметы личной гигиены.

13.3Гигиеническая 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, частейтела, полоскание полости рта и т.д.) проводится утром, а также после приемапищи и при загрязнении тела. Периодически должны быть организованы стрижка ибритье больных.
13.4Смена белья пациентам должна проводиться по мере загрязнения, регулярно, но нереже 1 раза в 7 дней. Загрязненное белье подлежит немедленной замене. Сменупостельного белья родильницам следует проводить 1 раз в 3 дня, нательного бельяи полотенец - ежедневно, подкладных пеленок - не менее 4-5 раз в сутки и понеобходимости. Допускается использование прокладок фабричного изготовления. Передвозвращением пациента в палату после операции производится обязательная сменабелья. Смена белья пациентам после операций должна проводиться систематическидо прекращения выделений из ран.
13.5В операционных, акушерских стационарах (родильных блоках и других помещениях сасептическим режимом, а также в палатах для новорожденных) должно применятьсястерильное белье. Для новорожденных допускается использование памперсов.
13.6При проведении лечебно-диагностических манипуляций, в том числе в условияхамбулаторно-поликлинического приема пациент обеспечивается индивидуальнымкомплектом белья (простыни, подкладные пеленки, салфетки, бахилы), в том числеразовым.

## 14. Требования к организации питанияпациентов

14.1Пищеблок ЛПО следует размещать в отдельно стоящем здании, которое можетсоединяться транспортными тоннелями с палатными отделениями, кромеинфекционных. Допускается размещение пищеблока в лечебных корпусах при условиисоблюдения технологической поточности, включая лифтовое оборудование иоснащение автономной приточно-вытяжной вентиляцией.
14.2Устройство и содержание помещений пищеблока, оборудование, инвентарь, посуда,условия транспортировки и хранения пищевых продуктов должны соответствоватьсанитарным правилам
14.3Состав и планировка помещений пищеблоков ЛПО должны обеспечивать соблюдениегигиенических требований при технологических процессах приготовления блюд всоответствии с требованиями к общественному питанию*(6).
14.4Поточность технологического процесса приготовления блюд должна исключатьвозможность контакта сырых и готовых к употреблению продуктов.
14.5Пищевые продукты, поступающие на пищеблок, должны соответствовать гигиеническимтребованиям, предъявляемым к продовольственному сырью и пищевым продуктам исопровождаться документами, удостоверяющими их качество и безопасность, суказанием даты выработки, сроков и условий годности (хранения) продукции. Дляконтроля за качеством поступающей продукции проводится органолептическая оценкаи 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 должнысоответствовать требованиям санитарных правил*(7).
14.7В холодильных камерах/холодильниках должны строго соблюдаться правила товарногососедства. Сырые и готовые продукты следует хранить отдельно. В небольшихучреждениях, имеющих одну холодильную камеру, а также в камере суточного запасапродуктов, допускается их совместное кратковременное хранение с соблюдениемусловий товарного соседства (на отдельных полках, стеллажах).

14.8В целях предупреждения возникновения инфекционных заболеваний и пищевыхотравлений среди пациентов, связанных с употреблением недоброкачественной пищи:
а)не допускается принимать:
-продовольственное сырье и пищевые продукты без документов, подтверждающих ихкачество 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 такжезагрязненными механическими примесями;
-овощи, фрукты, ягоды с наличием плесени и признаками гнили;
-мясо и субпродукты сельскохозяйственных животных без клейма и ветеринарногосвидетельства;
-мясо и яйца водоплавающей птицы (утки, гуси);
-непотрошеную птицу;
-кровяные и ливерные колбасы;
-яйца с загрязненной скорлупой, с насечкой "тек", "бой", атакже яйца из хозяйств, неблагополучных по сальмонеллезам;
-консервы с нарушением герметичности банок, бомбажные консервы,"хлопуши", банки с ржавчиной, деформированные, без этикеток;
б)не используются:
-фляжное, бочковое, непастеризованное молоко, фляжный творог и сметана безтепловой 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.
14.9При составлении меню-раскладок должны учитываться основные принципы лечебногопитания и нормы питания на одного больного.
Питаниебольных должно быть разнообразным и соответствовать лечебным показаниям похимическому составу, пищевой ценности, набору продуктов, режиму питания.
Приразработке планового меню, а также в дни замены продуктов и блюд долженосуществляться подсчет химического состава и пищевой ценности диет.
14.10Обработка яиц, используемых для приготовления блюд, осуществляется всоответствии с требованиями, установленными санитарными правилами дляпредприятий общественного питания. Хранение необработанных яиц в кассетах,коробках в производственных цехах не допускается.
14.11Промывка гарниров, приготовленных из макаронных изделий и риса, не допускается.
14.12Для приготовления и хранения готовой пищи следует использовать посуду изнержавеющей стали. Алюминиевую посуду можно использовать только дляприготовления и кратковременного хранения блюд. Не допускается использовать дляприготовления и хранения блюд эмалированную посуду.
14.13Выдача готовой пищи осуществляется только после снятия пробы. Оценкуорганолептических показателей и качества блюд проводит бракеражная комиссияЛПО, назначенная администрацией. При нарушении технологии приготовления пищи, атакже в случае неготовности блюдо к выдаче не допускается до

устранениявыявленных кулинарных недостатков. Результат бракеража регистрируется в журналебракеража готовой продукции.
Длячленов бракеражной комиссии выделяются отдельные халаты.
14.14В целях контроля за доброкачественностью и безопасностью приготовленной пищи напищеблоках ЛПО отбирается суточная проба от каждой партии приготовленных блюд. Отборсуточной пробы проводит медицинский работник (или под его руководством повар) вспециально выделенные обеззараженные и промаркированные стеклянные емкости сплотно закрывающимися крышками - отдельно каждое блюдо или кулинарное изделие.Холодные закуски, первые блюда, гарниры и напитки (третьи блюда) отбирают вколичестве не менее 100 г. Порционные вторые блюда, биточки, котлеты, сырники,оладьи, колбаса, бутерброды оставляют поштучно, целиком (в объеме однойпорции).
Суточныепробы хранятся не менее 48 часов с момента окончания срока реализации блюд вспециально отведенном в холодильнике месте/ холодильнике при температуре +2 -+6 °С. Посудадля хранения суточной пробы (емкости и крышки) обрабатывается кипячением втечение 5 минут.
14.15Для транспортирования готовой пищи в буфетные отделения ЛПО используют термосыили плотно закрывающуюся посуду. Хлеб можно транспортировать в полиэтиленовыхили клеенчатых мешках, хранение хлеба в которых не разрешается.
14.16При выдаче на пищеблоке блюд для буфетных отделений температура готовой пищидолжна быть: первых - не ниже 75 °С, вторых - не ниже 65 °С, холодные блюда инапитки - от 7 до 14 °С. Срок раздачи готовых блюд не должен превышать 2 часовот момента приготовления.
14.17В пищеблоке должно быть выделено помещение для мытья и хранения посуды длятранспортировки пищи и тележек из отделений. При отсутствии данного помещениядопускается мытье и хранение посуды для транспортировки в моечных буфетныхотделений. Для этого необходимо предусмотреть дополнительную установку ваннынеобходимых размеров и выделено место для хранения кухонной посуды.
14.18Для транспортировки пищевых продуктов с баз, магазинов, а также при доставкеготовых блюд в отделения должен использоваться автотранспорт, имеющийсанитарный паспорт.
14.19В существующих ЛПО в моечных помещениях (в том числе в буфетных отделениях)должны быть предусмотрены резервные электроводонагревательные установки сподводкой воды к моечным ваннам.
14.20Для обработки посуды необходимо использовать моющие, чистящие и дезинфицирующиесредства, разрешенные к применению в установленном порядке. В моечныхотделениях вывешивают инструкцию о правилах мытья посуды и инвентаря с указаниемконцентраций и объемов применяемых моющих и дезинфицирующих средств.
14.21В буфетных отделений должно быть предусмотрено два помещения: для раздачи пищи(не менее 9 м$^2$) и для мытья посуды (не менее 6 м$^2$). Впомещении буфетной предусматривается раковина для мытья рук. Обработка посудыможет проводиться механизированным или ручным способом. Для ручной обработкипосуды предусматривается не менее 2 моечных ванн с подводкой к ним холодной игорячей воды со смесителем. Моечные ванны присоединяются к канализационной сетис воздушным разрывом не менее 20 мм от верха приемной воронки. Все приемникистоков внутренней канализации имеют гидравлические затворы (сифоны).
Вслучае отсутствия условий для мытья транспортной посуды на пищеблокеустанавливается дополнительная ванна соответствующих размеров в моечнойбуфетной. При механизированной мойке используется моечная машина в соответствиис инструкцией по эксплуатации.
14.22Обработка посуды проводится в следующей последовательности: механическоеудаление пищи и мытье в первой мойке с обезжиривающими

средствами,ополаскивание горячей водой - во второй мойке и просушивание посуды наспециальных полках или решетках;
14.23Дезинфекция (обеззараживание) посуды проводится в инфекционных больницах(отделениях), и по эпидемиологическим показаниям химическим (растворыдезинфицирующих средств в том числе в моечной машине) или термическим способами(кипячение, обработка в суховоздушном стерилизаторе и др.), а такжеобеззараживание остатков пищи от больного по режимам для соответствующихинфекций.
14.24Щетки для мытья посуды и ветошь для протирки столов после окончания работыпромывают с обезжиривающими средствами, дезинфицируют (при химическойдезинфекции промывают проточной водой), просушивают и хранят в специальновыделенном месте.
14.25После каждой раздачи пищи производят влажную уборку помещений буфетных.Уборочный материал промывается, обеззараживается, просушивается.
14.26Не допускается оставлять в буфетных остатки пищи после ее раздачи больным, атакже смешивать пищевые остатки со свежими блюдами.
14.27Раздачу пищи больным производят буфетчицы и дежурные медицинские сестрыотделения. Раздача пищи должна производиться в халатах с маркировкой "Дляраздачи пищи". Не допускается к раздаче пищи младший обслуживающийперсонал.
14.28В местах приема передач и в отделениях должны быть вывешены списки разрешенныхдля передачи продуктов (с указанием их предельного количества).
14.29Ежедневно дежурная медицинская сестра отделения проверяет соблюдение правил исроков годности (хранения) пищевых продуктов, хранящихся в холодильникахотделения. При обнаружении пищевых продуктов в холодильниках отделения систекшим сроком годности хранящихся без упаковок с указанием фамилии больного,а также имеющих признаки порчи, они должны изыматься в пищевые отходы. Оправилах хранения личных пищевых продуктов пациент должен быть информирован припоступлении в отделение.
14.30В строящихся и реконструируемых ЛПО возможна организацияиндивидуально-порционной системы питания пациентов и персонала ("таблет-питание")- система, при которой на раздаточной линии пищеблока для каждого пациента(сотрудника) комплектуется индивидуальный поднос с крышкой, с наборомпорционных блюд. Доставка питания в отделения осуществляется в специальныхтермо-контейнерах - тележках. Использованная посуда помещается в отдельныеотсеки этих же тележек и доставляется на пищеблок.
Припримененении технологии системы "таблет-питания" в палатных отделенияхмогут не предусматриваться столовые, буфетная состоит из одного помещения, котороеоборудуется раковиной для мытья рук, моечной ванной для дезинфекции посуды (вслучае проведения противоэпидемических мероприятий), бытовым холодильником,СВЧ-печью, электрическими чайниками.
Мытьепосуды осуществляется централизованно на пищеблоке, при этом выделяютсяотдельные моечные для обработки кухонной посуды, столовой посуды пациентов истоловой посуды персонала, организуется также помещение для обработки тележексистемы "таблет-питания".
Помещениямоечных оборудуются моечными ваннами и посудомоечными машинами.
14.31В случае, если предполагается оказание медицинской помощи детям в возрасте доодного года, в составе отделения для детей предусматриваются помещения дляприготовления и розлива детских смесей.
14.32В дневных стационарах с кратковременным пребыванием пациентов (не более 4часов) без организации горячего питания предусматриваются комнаты подогревапищи (с умывальником, холодильником и оборудованием для разогрева пищи).Допускается использование одноразовой посуды.

14.33 Требования настоящего раздела распространяютсяна сторонние организации, привлекаемые для обеспечения питания пациентов иперсонала ЛПО.

## 15. Требования к условиям труда медицинскогоперсонала

15.1Персонал ООМД должен проходить предварительные, при поступлении на работу, ипериодические медицинские осмотры, с оформлением акта заключительной комиссии.Периодические медицинские осмотры проводятся в организациях, имеющих лицензиюна данные виды деятельности. Профилактическая иммунизация персонала проводитсяв соответствии с национальным и региональным календарем профилактическихпрививок.

15.2На рабочих местах медицинского и другого персонала должно быть обеспеченособлюдение соответствующих гигиенических нормативов (параметры микроклимата,уровни освещенности, ионизирующих и неионизирующих излучений, чистоты воздухарабочей зоны, а так же шума, ультразвука, вибрации, электромагнитных полей,ультрафиолетового, лазерного излучения). Гигиенические нормативы изложены вприложениях3,4,5,8,9,10,11.

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

15.4При использовании компьютерной техники должны соблюдаться требованиядействующих санитарных правил*(8).

15.5Условия труда медицинских работников, выполняющих работы на лазерных установкахдолжны соответствовать требованиям действующих санитарных норм и правилустройства и эксплуатации лазеров.

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

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

15.8Для предотвращения вредного влияния биологического фактора на здоровьемедицинского персонала в действующих ООМД в перевязочных для гнойных и ожоговыхбольных при недостаточной эффективности работы механической приточно-вытяжнойвентиляции следует предусматривать устройство обеззараживания воздухарециркуляционного типа.

15.9В целях профилактики гемоконтактных инфекций перчатки необходимо надевать передлюбыми парентеральными манипуляциями у пациента. После снятия перчаток проводятгигиеническую обработку рук.

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

15.11Для персонала стационаров предусматривается устройство гардеробных с душем итуалетом.

15.11.1Количество шкафов в гардеробных следует принимать равным 100 % списочногосостава медицинского и технического персонала; гардеробные должны бытьобеспечены двухсекционными закрывающимися шкафами, обеспечивающими раздельноехранение домашней и рабочей одежды.

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

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

15.11.4Количество душевых кабин в стационарах принимается из расчета: не менее 1душевой кабины на 10 человек, работающих в отделениях инфекционного итуберкулезного профилей; в других отделениях - не менее 1 душевой кабины на 15человек, работающих в наибольшей смене. При меньшем числе персонала следуетпредусматривать не менее 1 душевой кабины.
15.12В составе подразделения следует предусматривать санузлы для персонала. Одинсанузел для мужчин и женщин допускается предусматривать при численностиработающих в смену не более 15 чел.
15.13В ЛПО по заданию на проектирование, в зависимости от мощности предусматриваютсястоловые, буфетные или комнаты приема пищи для персонала.
15.14В каждом структурном подразделении выделяются комнаты для персонала, в которыхдолжны быть предусмотрены условия для приема пиши.
15.15Медицинский персонал должен быть обеспечен комплектами сменной одежды:халатами, шапочками, сменной обувью в соответствии с табелем оснащения, но неменее 3 комплектов спецодежды на одного работающего.
Воперблоке врачи и другие лица, участвующие в операции, должны работать встерильных халатах, перчатках и масках. Сменная обувь должна быть из нетканогоматериала.
15.16Стирка одежды персонала должна осуществляться централизовано и раздельно отбелья больных.
15.17Смена одежды в подразделениях хирургического и акушерского профиляосуществляется ежедневно и по мере загрязнения. В учреждениях терапевтическогопрофиля - 2 раза в неделю и по мере загрязнения. Сменная обувь персонала,работающего в помещениях с асептическим режимом должна быть из нетканогоматериала, доступного для дезинфекции. Сменная одежда и обувь должна бытьпредусмотрена также и для медицинского персонала других подразделений,оказывающего консультативную и другую помощь, а также для инженерно-техническихработников.
15.18В ходе проведения манипуляций пациенту персонал не должен вести записи,прикасаться к телефонной трубке и тому подобное.
Приемпищи персоналом проводится в специально отведенных помещениях, на рабочем местепринимать пищу запрещено.
Нахождениев медицинской одежде и обуви за пределами ЛПО не допускается.
15.19Профилактические мероприятия при загрязнении кожи и слизистых работника кровьюили другими биологическими жидкостями, а также при уколах и порезах.
15.19.1При загрязнении кожи рук выделениями, кровью и т.п. необходимо вымыть рукимылом и водой; тщательно высушить руки одноразовым полотенцем; дваждыобработать антисептиком.
15.19.2Руки в перчатках обработать салфеткой, смоченной дезинфектантом, затем вымытьпроточной водой, снять перчатки, руки вымыть и обрабатывать кожным антисептиком;
15.19.3При попадании биологической жидкости пациента на слизистые ротоглоткинемедленно рот и горло прополоскать 70 % спиртом или 0,05 % растворомманганцовокислого калия.
15.19.4При попадании биологических жидкостей в глаза промыть их растворомманганцовокислого калия в воде в соотношении 1:10000.
15.19.5При уколах и порезах вымыть руки, не снимая перчаток, проточной водой с мылом,снять перчатки, выдавить из ранки кровь, вымыть руки с мылом и обработать ранку5 % спиртовой настойкой йода. При наличии на руках микротравм, царапин, ссадинзаклеить поврежденные места лейкопластырем.
15.19.6По показаниям проводится экстренная профилактика гепатита В и ВИЧ инфекции всоответствии с приложением12.

15.19.7При получении травм, в том числе микротравм (уколы, порезы), опасных в планеинфицирования, ответственный за профилактику парентеральных инфекций в ЛПОорганизует регистрацию в журнале учета травм и составляет акт в соответствии сзаконодательством Российской Федерации.
15.20Для ухода за кожей рук используются смягчающие и защитные кремы, обеспечивающиеэластичность и прочность кожи.

## II. Организация дезинфекционных и стерилизационныхмероприятий в организациях, осуществляющих медицинскую деятельность

## 1. Общие положения

1.1В целях профилактики внутрибольничных инфекций (далее - ВБИ) влечебно-профилактической организации (далее - ЛПО) осуществляютсядезинфекционные и стерилизационные мероприятия, которые включают в себя работыпо профилактической и очаговой дезинфекции, дезинсекции, дератизации,обеззараживанию, предстерилизационной очистке и стерилизации изделиймедицинского назначения.
Ответственностьза организацию и проведение дезинфекционных (дезинфекция, дезинсекция,дератизация) и стерилизационных (предстерилизационная очистка, стерилизация)мероприятий, а также за обучение персонала по данным вопросам несетруководитель ООМД, который руководствуется настоящими санитарными правилами идругими действующими нормативно-методическими документами.
1.2Для проведения дезинфекционных и стерилизационных мероприятий ООМД должнырегулярно обеспечиваться моющими и дезинфицирующими средствами различногоназначения, кожными антисептиками, средствами для стерилизации изделиймедицинского назначения, а также стерилизационными упаковочными материалами исредствами контроля (в том числе химическими индикаторами).
1.3Необходимо иметь отдельные емкости с рабочими растворами дезинфекционныхсредств, используемых для обработки различных объектов:
-для дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации изделиймедицинского назначения, а также для их предварительной очистки (прииспользовании средств, обладающих фиксирующими свойствами);
-для дезинфекции поверхностей в помещениях, мебели, аппаратов, приборов иоборудования;
-для обеззараживания уборочного материала, отходов классов Б и В.
Емкостис рабочими растворами дезинфекционных средств должны быть снабжены плотноприлегающими крышками, иметь четкие надписи с указанием средства, егоконцентрации, назначения, даты приготовления, предельного срока годностираствора.
1.4Профилактическая дезинфекция осуществляется в формах:
-плановой;
-по эпидемиологическим показаниям;
-по санитарно-гигиеническим показаниям.
1.4.1Плановая профилактическая дезинфекция проводится систематически в ЛПО приотсутствии в них ВБИ, когда источник возбудителя не выявлен и возбудитель невыделен, с целью:
-уменьшения микробной обсемененности объектов внутрибольничной среды ипредупреждения возможности размножения микроорганизмов;
-предупреждения распространения микроорганизмов через изделия медицинскогоназначения, руки и кожные покровы медицинского персонала и больных;
-освобождения помещений ЛПО и окружающей территории от членистоногих и грызунов.
Приплановой профилактической дезинфекции в ЛПО проводится:
-обеззараживание всех видов поверхностей внутрибольничной среды, обеспечивающеегибель санитарно-показательных бактерий и уменьшение

контаминациимикроорганизмами различных объектов, в том числе воздуха, предметов ухода забольными, посуды и других;
-обеззараживание изделий медицинского назначения (поверхностей, каналов иполостей) с целью умерщвления бактерий и вирусов (в том числе возбудителейпарентеральных вирусных гепатитов, ВИЧ-инфекции); обеззараживанию подлежат всеизделия медицинского назначения, включая эндоскопы и инструменты к ним, послеих использования у пациента;
-дезинфекция высокого уровня эндоскопов (ДВУ), используемых в диагностическихцелях (без нарушения целости тканей, то есть при "нестерильных"эндоскопических манипуляциях), обеспечивающая гибель всех вирусов, грибов родаКандида, вегетативных форм бактерий и большинства споровых форммикроорганизмов;
-гигиеническая обработка рук медицинского персонала;
-обработка рук хирургов и других лиц, участвующих в проведении оперативныхвмешательств 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 членистоногихв помещении и на окружающей территории;
-дератизация, обеспечивающая освобождение помещений от грызунов и снижение ихчисленности на окружающей территории.
1.4.2Профилактическая дезинфекция по эпидемиологическим показаниям проводится сцелью не допустить распространения возбудителей ВБИ и их переносчиков вотделениях (палатах) из соседних отделений (палат).
Профилактическаядезинфекция по эпидемиологическим показаниям проводится с учетомэпидемиологических особенностей конкретной внутрибольничной инфекции(инкубационный период, устойчивость и длительность выживания возбудителя наобъектах, имеющих наибольшее эпидемиологическое значение) и режимов применениясредств обеззараживания (дезинфекции, дезинсекции, дератизации).
1.4.3Профилактическая дезинфекция по санитарно-гигиеническим показаниям проводитсякак разовое мероприятие в помещениях организаций, находящихся в неудовлетворительномсанитарном состоянии по методике проведения генеральных уборок.
Генеральнаяуборка осуществляется с целью удаления загрязнений и снижения микробнойобсемененности в помещениях организаций.
Пригенеральной уборке проводится мытье, очистка и обеззараживание поверхностейпомещений (в том числе труднодоступных), дверей, мебели, оборудования (в томчисле осветительных приборов), аппаратуры с использованием моющих идезинфицирующих средств и последующим обеззараживанием воздуха.
Генеральнаяуборка функциональных помещений, палат и кабинетов проводится по графику нереже одного раза в месяц; операционных блоков, перевязочных, родильных залов,процедурных, манипуляционных, стерилизационных - один раз в неделю.
Пригенеральной уборке режимы применения дезинфицирующих средств определяются сучетом профиля стационара и микробной контаминации объектов.
1.5Очаговая дезинфекция проводится при выявлении источника инфекции (больные,носители) в стационарах (отделениях), амбулаторно-поликлинических организацияхлюбого профиля с учетом эпидемиологических особенностей инфекции и механизмапередачи ее возбудителя.
Цельюочаговой дезинфекции является предупреждение распространения возбудителейинфекций от больных (носителей) с их выделениями и через объекты, имевшие контактс больными в стационаре (отделении) и за его пределами.

Приочаговой дезинфекции обеззараживаются различные объекты, имеющиеэпидемиологическое значение в передаче возбудителя; проводится гигиеническаяобработка рук медицинского персонала, полная или частичная обработка кожныхпокровов больных и персонала; дезинсекция и дератизация.
Очаговаядезинфекция осуществляется в формах текущей и заключительной очаговойдезинфекции.
1.5.1Текущая очаговая дезинфекция объектов внутрибольничной среды в окружении больногопроводится с момента выявления у больного внутрибольничной инфекции и довыписки (или перевода в другое отделение/стационар).
Входе текущей очаговой дезинфекции проводится систематическое обеззараживаниепотенциально контаминированных выделений больного и всех объектоввнутрибольничной среды, с которыми больной имел контакт: изделий медицинскогоназначения, предметов ухода, посуды, белья, поверхностей в помещениях, в томчисле мебели и оборудования, обеззараживание медицинских отходов класса Б и В,дезинсекция и дератизация. При текущей дезинфекции проводится гигиеническаяобработка рук медицинского персонала, полная или частичная обработка кожныхпокровов больных и персонала, инъекционного поля.
1.5.2Заключительная очаговая дезинфекция проводится после выписки, смерти илиперевода больного в другое отделение или стационар с целью обеззараживанияобъектов внутрибольничной среды, с которыми он контактировал в процессепребывания в стационаре.
Входе заключительной очаговой дезинфекции:
-обеззараживаются поверхности помещений, в которых находился больной и местаобщего пользования; поверхности оборудования и приборов; изделия медицинскогоназначения; предметы ухода за больным, медицинские отходы;
-обеззараживаются в дезинфекционных камерах постельные принадлежности, нательноебелье и вещи больного, выдаваемые ему перед выпиской;
-обеззараживается санитарный транспорт, перевозивший больного;
-проводится полная или частичная санитарная обработка кожных покровов больныхперед выпиской;
-проводится дезинсекция и дератизация.
1.6Мероприятия 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 нереже 2 раз в год для централизованных систем кондиционирования и увлажнениявоздуха, систем горячего и холодного водоснабжения и ежеквартально длябассейнов.
1.7При проведении инвазивных манипуляций во всех отделениях иамбулаторно-поликлинических организациях используются стерильные изделиямедицинского назначения, которые после использования подвергаются припрофилактической и очаговой дезинфекции обеззараживанию, а изделиямногократного применения - также предстерилизационной очистке и стерилизации.
Предстерилизационнаяочистка и стерилизация проводятся в централизованных стерилизационныхотделениях (далее - ЦСО), а при их отсутствии в отделениях ЛПО систематическиво 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 слизистыхоболочек.
1.7.1Предстерилизационная очистка осуществляется в качестве самостоятельногопроцесса после дезинфекции изделий или при совмещении с ней. Ее цель - удалениес изделий медицинского назначения любых неорганических и органическихзагрязнений (включая

белковые, жировые, механические и другие), в том числеостатков лекарственных препаратов, сопровождающееся снижением общей микробнойконтаминации для облегчения последующей стерилизации этих изделий.
1.7.2Целью стерилизации изделий медицинского назначения, в том числе эндоскопов иинструментов к ним, используемых в диагностических и лечебных целях снарушением целостности тканей (то есть используемых при стерильныхэндоскопических манипуляциях), является обеспечение гибели на изделиях (ивнутри них) микроорганизмов всех видов, в том числе и споровых форм.
1.8Для дезинфекции, предстерилизационной очистки, стерилизации, дезинсекции идератизации используются химические, физические средства, оборудование,аппаратура и материалы, разрешенные к применению в ЛПО в установленном вРоссийской Федерации порядке, не оказывающие неблагоприятного воздействия начеловека. Привыборе средств необходимо учитывать рекомендации изготовителей изделиймедицинского назначения, применяемых в организации, касающиеся воздействияконкретных дезинфекционных средств на материалы этих изделий. Дляпроведения текущей и профилактической дезинфекции в присутствии больныхприменяются малоопасные дезинфекционные средства (IV класса опасности).
1.9В целях предупреждения возможного формирования резистентных к дезинфектантамштаммов микроорганизмов следует проводить мониторинг устойчивости госпитальныхштаммов к применяемым дезинфицирующим средствам с последующей их ротацией(последовательная замена дезинфектанта из одной химической группы надезинфектант из другой химической группы) при необходимости.
1.10В ООМД должен быть не менее чем месячный запас разнообразных дезинфицирующихсредств (ДС) различного химического состава и назначения в соответствии срасчетной потребностью.
1.11Емкости с дезинфицирующими, моющими и стерилизующими средствами должны бытьснабжены крышками, иметь четкие надписи с указанием названия дезинфицирующегосредства, его концентрации, назначения, даты приготовления рабочих растворов.
1.12Хранение ДС допускается только в специально отведенных местах, отвечающихустановленным требованиям *(9),в оригинальной упаковке производителя отдельно от лекарственных препаратов, вместах, недоступных детям.

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

2.1Медицинские изделия многократного применения подлежат последовательно:дезинфекции, предстерилизационной очистке, стерилизации, последующему хранениюв условиях, исключающих вторичную контаминацию микроорганизмами.
2.2Изделия однократного применения после использования при манипуляциях упациентов подлежат обеззараживанию/обезвреживанию, их повторное использованиезапрещается.
2.3При выборе дезинфекционных средств необходимо учитывать рекомендациииизготовителей изделий медицинского назначения, касающиеся воздействияконкретных дезинфекционных средств на материалы этих изделий.
2.4ООМД должны быть обеспечены медицинской техникой и изделиями медицинскогоназначения в количестве, достаточном для бесперебойной работы с учетом времени,необходимого для их обработки между манипуляциями у пациентов*(10).
2.5Изделия медицинского назначения после применения подлежат дезинфекциинезависимо от дальнейшего их использования (изделия однократного имногократного применения). Дезинфекцию можно проводить физическими ихимическими методами. Выбор метода зависит от особенностей изделия и егоназначения.

2.6Для дезинфекции изделий медицинского назначения применяют дезинфицирующиесредства, обладающие широким спектром антимикробного (вирулицидное,бактерицидное, фунгицидное - с активностью в отношении грибов рода Кандида)действия. Выбор режимов дезинфекции проводят по наиболее устойчивыммикроорганизмам - между вирусами или грибами рода Кандида (в туберкулезныхмедицинских организациях - по микобактериям туберкулеза); в микологическихстационарах (кабинетах) - по режимам, эффективным в отношении грибов родаТрихофитон.
Дезинфекциюизделий выполняют ручным (в специально предназначенных для этой цели емкостях)или механизированным (моюще-дезинфицирующие машины, ультразвуковые установки)способами.
2.7С целью предотвращения перекрестного инфицирования пациентов черезнаркозно-дыхательную аппаратуру целесообразно использовать специальныедыхательные фильтры, предназначенные для оснащения указанной аппаратуры, вчастности, индивидуальные дыхательные складчатые гидрофобные фильтрыоднократного применения. Установку фильтров осуществляют в соответствии синструкцией по применению конкретного фильтра.
Съемныедетали аппаратов дезинфицируют так же, как изделия медицинского назначения изсоответствующих материалов. Рекомендуется использование дыхательных контуроводнократного применения в течение не более 72 часов, если иное не предусмотренопроизводителем.
Обеззараживаниенаркозно-дыхательных аппаратов проводят с учетом рекомендаций, изложенных вруководстве по эксплуатации аппарата конкретной модели.
2.8При проведении дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизациирастворами химических средств изделия медицинского назначения погружают врабочий раствор средства (далее - "раствор") с заполнением каналов иполостей. Разъемные изделия погружают в разобранном виде, инструменты сзамковыми частями замачивают раскрытыми, сделав этими инструментами в растворенесколько рабочих движений.
2.9Объем емкости для проведения обработки и объем раствора средства в ней должныбыть достаточными для обеспечения полного погружения изделий медицинскогоназначения в раствор; толщина слоя раствора над изделиями должна быть не менееодного сантиметра.
2.10Дезинфекцию способом протирания допускается применять для тех изделиймедицинского назначения, которые не соприкасаются непосредственно с пациентомили конструкционные особенности которых не позволяют применять способпогружения.
2.11После дезинфекции изделия медицинского назначения многократного применениядолжны быть отмыты от остатков дезинфицирующего средства в соответствии срекомендациями, изложенными в инструкции по применению конкретного средства.
2.12Предстерилизационную очистку изделий осуществляют после дезинфекции или присовмещении с дезинфекцией в одном процессе (в зависимости от применяемогосредства): ручным или механизированным (в соответствии с инструкцией поэксплуатации, прилагаемой к конкретному оборудованию) способами.
Предстерилизационнуюочистку изделий проводят в централизованных стерилизационных, при отсутствиицентрализованных стерилизационных этот этап обработки осуществляют в отделенияхлечебных организаций.
2.13Качество предстерилизационной очистки изделий оценивают путем постановки азопирамовойили амидопириновой проб на наличие остаточных количеств крови, а также путемпостановки фенолфталеиновой пробы на наличие остаточных количеств щелочныхкомпонентов моющих средств (только в случаях применения средств,

рабочиерастворы которых имеют pH более 8,5) в соответствии с действующимиметодическими документами и инструкциями по применению конкретных средств.
2.14Контроль качества предстерилизационной очистки проводят ежедневно. Контролюподлежат: в стерилизационной - 1 % от каждого наименования изделий,обработанных за смену; при децентрализованной обработке - 1 % одновременнообработанных изделий каждого наименования, но не менее трех единиц. Результатыконтроля регистрируют в журнале.
2.15Стерилизации подвергают все изделия медицинского назначения, контактирующие сраневой поверхностью, кровью (в организме пациента или вводимой в него) и/илиинъекционными препаратами, а также отдельные виды медицинских инструментов,которые в процессе эксплуатации соприкасаются со слизистой оболочкой и могутвызвать ее повреждение.
Изделияоднократного применения, предназначенные для осуществления таких манипуляций,выпускаются в стерильном виде предприятиями-изготовителями. Их повторноеиспользование запрещается.
2.16Стерилизацию изделий медицинского назначения осуществляют физическими (паровой,воздушный, инфракрасный) или химическими (применение растворов химическихсредств, газовый, плазменный) методами, используя для этого соответствующиестерилизующие агенты и типы оборудования. Выбор адекватного метода стерилизациизависит от особенностей стерилизуемых изделий. Стерилизацию осуществляют порежимам, указанным в инструкции по применению конкретного средства и вруководстве по эксплуатации стерилизатора конкретной модели. Стерилизациюизделий проводят в централизованных стерилизационных, при отсутствиицентрализованных стерилизационных этот этап обработки осуществляют в отделенияхлечебных организаций.
2.17Паровым методом стерилизуют общие хирургические и специальные инструменты,детали приборов, аппаратов из коррозионностойких металлов, стекла, белье,перевязочный материал, изделия из резин, латекса и отдельных видов пластмасс.
2.18Воздушным методом стерилизуют хирургические, гинекологические,стоматологические инструменты, детали приборов и аппаратов, в том числеизготовленные из коррозионно-нестойких металлов, изделия из силиконовой резины.Перед стерилизацией воздушным методом изделия после предстерилизационнойочистки обязательно высушивают в сушильном шкафу при температуре 85 °С доисчезновения видимой влаги. Использование сушильных шкафов (типа ШСС) длястерилизации воздушным методом запрещается.
2.19Химический метод стерилизации с применением растворов химических средств, какправило применяют, для стерилизации изделий, в конструкции которых использованытермолабильные материалы, не позволяющие использовать другие официальнорекомендуемые, доступные методы стерилизации.
Дляхимической стерилизации применяют растворы альдегидсодержащих, кислородсодержащихи некоторых хлорсодержащих средств, проявляющих спороцидное действием.
Воизбежание разбавления рабочих растворов, особенно используемых многократно,погружаемые в них изделия должны быть сухими.
Пристерилизации растворами химических средств все манипуляции проводят, строгособлюдая правила асептики; используют стерильные емкости для стерилизации иотмывания изделий стерильной питьевой водой от остатков средства.
Изделияпромывают согласно рекомендациям, изложенным в инструкции по применениюконкретного средства.
2.20Газовым методом стерилизуют изделия из различных, в том числе термолабильныхматериалов, используя в качестве стерилизующих средств окись

этилена,формальдегид, озон. Перед стерилизацией газовым методом с изделий после предстерилизационнойочистки удаляют видимую влагу. Стерилизацию осуществляют в соответствии срежимами применения средств для стерилизации конкретных групп изделий, а такжесогласно инструкциям по эксплуатации стерилизаторов, разрешенных к применению.
2.21Плазменным методом, используя стерилизующие средства на основе перекисиводорода в плазменных стерилизаторах, стерилизуют хирургические,эндоскопические инструменты, эндоскопы, оптические устройства и приспособления,волоконные световодные кабели, зонды и датчики, электропроводные шнуры и кабелии другие изделия из металлов, латекса, пластмасс, стекла и кремния.
2.22В стоматологических медицинских организациях (кабинетах) допускается применятьгласперленовые стерилизаторы, в которых стерилизуют боры различного вида идругие мелкие инструменты при полном погружении их в среду нагретых стеклянныхшариков. Не рекомендуется использовать данный метод для стерилизации рабочихчастей более крупных стоматологических инструментов, которые невозможнополностью погрузить в среду нагретых стеклянных шариков.
2.23Инфракрасным методом стерилизуют стоматологические и некоторые другиеинструменты из металлов.
2.24При паровом, воздушном, газовом и плазменном методах изделия стерилизуют вупакованном виде, используя бумажные, комбинированные и пластиковыестерилизационные упаковочные материалы, а также пергамент и бязь (в зависимостиот метода стерилизации), разрешенные для этой цели в установленном порядке.Упаковочные материалы используют однократно.
Припаровом методе, кроме того, используют стерилизационные коробки с фильтрами. Привоздушном и инфракрасном методах допускается стерилизация инструментов внеупакованном виде (в открытых лотках), после чего их сразу используют поназначению.
2.25Хранение изделий, простерилизованных в упакованном виде, осуществляют в шкафах,рабочих столах. Сроки хранения указываются на упаковке и определяются видомупаковочного материала согласно инструкции по его применению.
2.26Стерилизация изделий в неупакованном виде допускается только при децентрализованнойсистеме обработки в следующих случаях:
-при стерилизации изделий медицинского назначения растворами химических средств;
-при стерилизации металлических инструментов термическими методами(гласперленовый, инфракрасный, воздушный, паровой) в портативныхстерилизаторах.
Всеизделия, простерилизованные в неупакованном виде, целесообразно сразуиспользовать по назначению. Запрещается перенос их из кабинета в кабинет.
2.27При необходимости, инструменты, простерилизованные в неупакованном виде однимиз термических методов, после окончания стерилизации допускается хранить вразрешенных к применению в установленном порядке бактерицидных (оснащенныхультрафиолетовыми лампами) камерах в течение срока, указанного в руководстве поэксплуатации оборудования, а в случае отсутствия таких камер - на стерильномстоле не более 6 часов.
2.28Изделия медицинского назначения, простерилизованные в стерилизационныхкоробках, допускается извлекать для использования из стерилизационных коробокне более чем в течение 6 часов после их вскрытия.
2.29Бактерицидные камеры, оснащенные ультрафиолетовыми лампами, допускаетсяприменять только с целью хранения инструментов для снижения риска их вторичнойконтаминации микроорганизмами в соответствии с инструкцией по эксплуатации.Категорически запрещается применять такое оборудование с целью дезинфекции илистерилизации изделий.

2.30При стерилизации изделий в неупакованном виде воздушным методом не допускаетсяхранение простерилизованных изделий в воздушном стерилизаторе и ихиспользование на следующий день после стерилизации.
2.31При стерилизации химическим методом с применением растворов химических средствотмытые стерильной водой простерилизованные изделия используют сразу поназначению или помещают на хранение в стерильную стерилизационную коробку сфильтром, выложенную стерильной простыней, на срок не более 3 суток.
2.32Все манипуляции по накрытию стерильного стола проводят в стерильном халате,маске и перчатках, с использованием стерильных простыней. Обязательно делаютотметку о дате и времени накрытия стерильного стола. Стерильный стол накрываютна 6 часов. Не использованные в течение этого срока материалы и инструменты состерильного стола направляют на повторную стерилизацию.
2.33Не допускается использование простерилизованных изделий медицинского назначенияс истекшим сроком хранения после стерилизации.
2.34Учет стерилизации изделий медицинского назначения ведут в журнале по учетнойстатистической форме.
2.35Контроль стерилизации включает контроль работы стерилизаторов, проверкузначений параметров режимов стерилизации и оценку ее эффективности.
Контрольработы стерилизаторов проводят в соответствии с действующими документами:физическим (с использованием контрольно-измерительных приборов), химическим (сиспользованием химических индикаторов) и бактериологическим (с использованиембиологических индикаторов) методами. Параметры режимов стерилизациионтролируют физическим и химическим методами.
Эффективностьстерилизации оценивают на основании результатов бактериологических исследованийпри контроле стерильности изделий медицинского назначения.
2.36Стерилизаторы подлежат бактериологическому контролю после их установки(ремонта), а также в ходе эксплуатации не реже двух раз в год в порядкепроизводственного контроля.
2.37Техническое обслуживание, гарантийный и текущий ремонт стерилизаторовосуществляют специалисты сервисных служб.
2.38Контроль качества дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизацииизделий медицинского назначения проводят ответственные лица в рамкахпроизводственного контроля, а также органы, уполномоченные осуществлятьгосударственный санитарно-эпидемиологический надзор.

## 3. Обеспечение проведения дезинфекционных истерилизационных мероприятий

3.1В целях защиты пациентов и персонала от внутрибольничной инфекции организуетсяи проводится производственный контроль соблюдения требований настоящихсанитарных правил в лечебно-профилактических организациях при проведениидезинфекционных и стерилизационных мероприятий, работ и услуг.
3.2Производственный контроль включает:
-наличие в организации официально изданных санитарно-эпидемиологических правил инормативов;
-назначение лиц, ответственных за организацию и осуществление производственногоконтроля;
-организацию лабораторно-инструментальных исследований;
-контроль наличия в организации документов, подтверждающих безопасность ибезвредность продукции, работ и услуг;
-визуальный контроль уполномоченными должностными лицами за выполнениемсанитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, соблюдениемсанитарно-эпидемиологических правил, разработкой и реализацией мер,направленных на устранение выявленных нарушений.

3.2.1Производственный контроль проведения дезинфекционных и стерилизационныхмероприятий осуществляется на основании соответствующего раздела планапроизводственного контроля ЛПО, включающего программулабораторно-инструментального контроля. План производственного контроляразрабатывает лицо, ответственное за организацию и проведение производственногоконтроля, а утверждает руководитель лечебно-профилактической организации.
3.2.2Лицо, ответственное за проведение производственного контроля, представляетотчет руководителю организации (индивидуальному предпринимателю) об исполнении планадля принятия соответствующих организационных мер.
3.2.3Юридические лица и индивидуальные предприниматели являются ответственными засвоевременность, полноту и достоверность осуществляемого производственногоконтроля.
3.3Материально-техническое обеспечение дезинфекционных и стерилизационныхмероприятий определяется санитарными требованиями к помещению и прилегающей кнему территории, профилем организации, видами и количеством проводимыхмедицинских манипуляций.
3.4Критериями оценки качества проведения дезинфекционных и стерилизационныхмероприятий 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 субъективнойоценки и объективных методов обнаружения;
-отсутствие в помещениях ЛПО членистоногих, подтвержденное с применениемсубъективной оценки и объективных методов обнаружения.

# III. Профилактика внутрибольничных инфекцийв стационарах (отделениях) хирургического профиля

## 1. Организация мероприятий по профилактикевнутрибольничных инфекций

1.1Любое клинически выраженное заболевание микробного происхождения, котороепоражает больного в результате его поступления в больницу или обращения замедицинской помощью вне зависимости от появления симптомов заболевания упациента во время пребывания в стационаре или после его выписки, а такжеинфекционное заболевание сотрудника лечебной организации вследствие егоинфицирования при работе в данной организации подлежит учету и регистрации каквнутрибольничная инфекция.
1.2В целях предупреждения возникновения и распространения внутрибольничныхинфекций в лечебных организациях должны своевременно и в полном объемепроводиться предусмотренные данными санитарными правилами и иными актамиРоссийской Федерации профилактические и санитарно-противоэпидемическиемероприятия.
1.3Ответственным за организацию и выполнение профилактических и санитарно-противоэпидемическихмероприятий в лечебной организации является руководитель данной организации.
1.4Организацию противоэпидемических и профилактических мероприятий по профилактикевнутрибольничных инфекций осуществляет врач-эпидемиолог (заместитель руководителялечебной организации по эпидемиологической работе) и/или помощникврача-эпидемиолога, имеющие специальную подготовку (далее - врач-эпидемиолог).В случае отсутствия таких специалистов вопросы организации противоэпидемическихи профилактических мероприятий возлагаются на одного из заместителейруководителя лечебной организации.

1.5С целью контроля внутрибольничных инфекций в лечебной организации создаетсякомиссия по профилактике ВБИ, полномочия которой распространяются на всеподразделения и службы лечебной организации. В своей деятельности комиссияруководствуется положением, разработанным и утвержденным для каждой конкретнойлечебной организации.
1.6В состав комиссии входят: председатель - заместитель руководителя лечебнойорганизации по эпидемиологической работе (при его отсутствии - один иззаместителей 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 (заведующийлабораторией), заведующий аптекой, врач-инфекционист, патологоанатом, другиеспециалисты. Заседания комиссии проводятся не реже одного раза в квартал.
1.7Основными задачами комиссии являются: принятие решений по результатамэпидемиологического анализа, разработка программ и планов эпидемиологическогонадзора в лечебной организации, координация мероприятий с руководством лечебнойорганизации; обеспечение взаимодействия всех служб стационара (отделения), атакже взаимодействие с органами, уполномоченными осуществлять государственныйсанитарно-эпидемиологический надзор.
1.8Инструктаж по проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий длямедицинских работников проводит сотрудник лечебной организации (заместительруководителя лечебной организации по эпидемиологической работе,врач-эпидемиолог и/или помощник врача-эпидемиолога, заведующий отделением,старшая медицинская сестра и другие) в зависимости от функциональныхобязанностей, утвержденных в данной лечебной организации.
1.9При поступлении на работу в стационары (отделения) хирургического профилямедицинские работники проходят предварительный медицинский осмотр врачей:терапевта, невролога, гинеколога, дерматовенеролога, отоларинголога,офтальмолога. В дальнейшем осмотр у тех же специалистов проводится 1 раз в год.Дополнительные медицинские осмотры проводятся по показаниям.
Медицинскиеработники проходят следующие обследования:
-рентгенологическое обследование на туберкулез - крупнокадровая флюорографиягрудной клетки (в дальнейшем - 1 раз в год);
-исследование крови на гепатит С (в дальнейшем - 1 раз в год);
-исследование крови на гепатит В не привитых (в дальнейшем - 1 раз в год);привитые обследуются через 5 лет, затем ежегодно при отсутствии ревакцинации;
-исследование крови на сифилис (в дальнейшем - по показаниям);
-исследование мазков на гонорею (в дальнейшем - по показаниям);
-исследование крови на ВИЧ-инфекцию (в дальнейшем - 1 раз в год).
Проводятсялабораторные исследования: общий анализ крови и общий анализ мочи, в дальнейшем1 раз в год перед периодическим медицинским осмотром.
Взависимости от появившейся (выявленной) у медицинских работников патологиипроводятся другие диагностические исследования.
1.10К работе не допускаются лица с изменениями в легких туберкулезного характера, атакже лица с гнойно-воспалительными заболеваниями.
1.11Плановое обследование медицинского персонала хирургических стационаров (отделений)на носительство золотистого стафилококка не проводят. Обследование медицинскогоперсонала на носительство условно-патогенных микроорганизмов проводят только поэпидемиологическим показаниям.
1.12Персонал стационаров (отделений) хирургического профиля подлежитпрофилактической иммунизации против гепатита В в обязательном порядке припоступлении на работу в случае отсутствия данных о прививке. Один раз в 10

летперсоналу проводится прививка против дифтерии и столбняка. В связи с задачейликвидации 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 снациональным календарем прививок, а также по эпидемиологическим показаниям.
1.13В хирургических стационарах (отделениях) должен быть налажен учет травм ичрезвычайных ситуаций (порезы, уколы, попадание крови на видимые слизистые,поврежденные кожные покровы и др.), связанных с профессиональной деятельностьюперсонала, с указанием проведенных профилактических мероприятий (экстреннаяпрофилактика).
1.14Весь персонал должен проходить ежегодное диспансерное наблюдение длясвоевременного выявления заболеваний и проведения соответствующих лечебныхмероприятий.
1.15Результаты периодических осмотров, лечения, сведения о профилактическихпрививках заносятся в контрольную карту диспансерного наблюдения и доводятся досведения лица, ответственного за организацию и проведение мероприятий попрофилактике ВБИ.

## 2. Эпидемиологический надзор

2.1Эпидемиологический 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 идругих инвазивных манипуляциях);
-данные об антибиотикопрофилактике и терапии;
-микробиологический мониторинг за возбудителями ВБИ (данные видовойидентификации возбудителей ВБИ, выделенных от пациентов, персонала, из объектоввнешней среды, определение чувствительности/резистентности выделенных штаммов кантимикробным 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.
2.2Врач-эпидемиолог лечебной организации совместно с заведующими отделениями:
-организует контроль за выявлением ВБИ и оперативный (ежедневный) учетвнутрибольничных инфекций;
-организует сбор ежедневной информации из всех функциональных подразделений(отделений) о случаях инфекционных заболеваний среди пациентов, расследуетпричины их возникновения и информирует руководство для принятия неотложных мер;
-разрабатывает и организует профилактические и противоэпидемические меры наоснове результатов эпидемиологической диагностики;
-контролирует выполнение профилактических и противоэпидемических мероприятий,включая дезинфекционные и стерилизационные.
2.3Учет и регистрация ВБИ осуществляются в установленном порядке.
2.4Учету и регистрации подлежат заболевания и осложнения в соответствии смеждународной статистической классификацией болезней, травм и состояний,влияющих на здоровье, 10-го пересмотра (далее - МКБ-10). Приложение13.
2.5При хирургическом вмешательстве отмечаются следующие виды инфекций:

а)поверхностная инфекция разреза возникает не позднее 30 дней после операции ивовлекает только кожу и подкожные ткани в области разреза; у пациента имеетсяодно из перечисленного:
-гнойное отделяемое из поверхностного разреза;
-выделение микроорганизмов из жидкости или ткани, полученной асептическипункцией области поверхностного разреза или из мазка из раны при наличиимикроскопических признаков гнойного воспаления;
-имеется не менее двух из следующих симптомов: боль или болезненность;ограниченная припухлость; краснота; местное повышение температуры.
Диагнозставится хирургом или другим лечащим врачом (нагноение послеоперационной раны идругие);
б)глубокая инфекция в области хирургического вмешательства возникает не позднее30 дней после операции при отсутствии имплантата или не позднее одного года приналичии имплантата в месте операции и вовлекает глубокие мягкие ткани (например,фасциальный и мышечный слой) в области разреза; у пациента имеется хотя бы одноиз перечисленного:
-гнойное отделяемое из глубины разреза в месте данного хирургическоговмешательства, но не из органа/полости;
-выделение микроорганизмов из жидкости или ткани, полученное асептическипункцией области глубокого разреза или из мазка из глубины раны при наличиимикроскопических признаков гнойного воспаления;
-спонтанное расхождение краев раны или намеренное ее открытие хирургом, когда упациента имеются следующие признаки и симптомы: лихорадка (>37,5 °С),локализованная боль или болезненность;
-при непосредственном осмотре, во время повторной операции, при гистологическомили рентгенологическом исследовании обнаружен абсцесс или иные признакиинфекции в области глубокого разреза.
Диагнозставится хирургом или другим лечащим врачом (абсцесс, флегмона и другие);
в)инфекция полости/органа возникает не позднее 30 дней после операции приотсутствии имплантата или не позднее одного года при наличии имплантата в местеоперации, вовлекает любую часть организма (например, органа или полости), кромеобласти разреза, которая была вскрыта или подверглась манипуляциям в процессеоперации; у пациента имеется одно из перечисленного:
-гнойное отделяемое из дренажа, установленного в органе/полости черезспециальный разрез;
-выделение микроорганизмов из жидкости или ткани, полученной асептически изоргана/полости;
-лихорадочное состояние;
-при непосредственном осмотре, во время повторной операции, при гистологическомили рентгенологическом исследовании обнаружен абсцесс или иные признакиинфекции, вовлекающие орган/полость.
Диагнозставится хирургом или другим лечащим врачом (перитонит, остеомиелит, пневмония,пиелонефрит, медиастенит, эндометрит и другие, возникшие после операции насоответствующем органе).
2.6К внутрибольничным послеоперационным инфекциям относятся заболевания,возникающие в течение 30 дней после оперативного вмешательства, а при наличииимплантата в месте операции - до года.
2.7Специалист, выявивший случай ВБИ, формулирует диагноз в соответствии смеждународной статистической классификацией болезней, травм и состояний,влияющих на здоровье, 10-го пересмотра, регистрирует в журнале учетаинфекционных заболеваний и доводит информацию до врача-эпидемиолога лечебнойорганизации или заместителя главного врача по противоэпидемическим вопросам вцелях своевременного проведения противоэпидемических или профилактическихмероприятий.

2.8Информация 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.
2.9О каждом случае ВБИ у оперированных больных лечебная организация информируеторганы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор вустановленном порядке.
2.10Поскольку внутрибольничные инфекции развиваются и выявляются не только во времяпребывания больного в стационаре, но и после выписки или перевода в другойстационар и характеризуются многообразием клинических проявлений, организациясбора информации осуществляется не только в стационарах, но и в других лечебныхорганизациях. Все эти лечебные организации должны оперативно сообщать в органы,осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор и встационар, в котором проводилась операция, об установленном диагнозе ВБИ уоперированного пациента.
2.11Врач-эпидемиолог лечебной организации совместно с заведующими структурнымиподразделениями проводит активное выявление ВБИ путем проспективногонаблюдения, оперативного и ретроспективного анализа.
2.12С целью корректного расчета показателей заболеваемости необходимо собиратьинформацию о всех прооперированных пациентах, вне зависимости от наличия илиотсутствия у них ВБИ в послеоперационном периоде. Минимальный набор данных овсех пациентах, подвергшихся оперативному вмешательству, определен в пункте2.8.
2.13Общие требования к микробиологическому обеспечению эпидемиологического надзора:
-результаты микробиологических исследований необходимы для осуществленияэффективного эпидемиологического надзора.
-при проведении клинических и санитарно-бактериологических исследований должныпреобладать исследования по клиническим показаниям, направленные на расшифровкуэтиологии ВБИ и определение тактики лечения. Объем санитарно-бактериологическихисследований определяется эпидемиологической необходимостью.
2.14Возникновение или подозрение на ВБИ у пациента и персонала является показаниемк проведению микробиологических исследований.
2.15Забор материала следует проводить непосредственно из патологического очага доначала антибактериальной терапии, а также во время операции по поводу гнойныхпроцессов.
2.16Забор и транспортирование клинического материала на микробиологическиеисследования осуществляются в соответствии с техникой сбора и транспортированиябиоматериалов в микробиологические лаборатории.

2.17При вяло текущих гнойно-воспалительных ранах, свищевых ходах и другомцелесообразно проводить обследования пациентов на актиномицеты, дрожжевые иплесневые грибы.
2.18К клиническому образцу должно быть приложено направление, содержащее сведения:характер материала, фамилия, имя, отчество и возраст больного, названиеотделения, номер истории болезни, диагноз заболевания, дата и время взятияматериала, данные о ранее проводимой антибактериальной терапии, подпись врача,направляющего материал на анализ.
2.19Микробиологическая служба представляет лечащему врачу и эпидемиологу информациюдля дальнейшего анализа:
-количество клинических образцов, направленных на исследование из каждогоотделения;
-количество выделенных и идентифицированных микроорганизмов, включая грибы(отдельно по каждому из видов);
-количество выделенных микробных ассоциаций;
-количество микроорганизмов, тестированных на чувствительность к каждому изантибиотиков;
-чувствительность выделенных микроорганизмов к антибиотикам и другимантимикробным средствам.
2.20Необходимо обращать особое внимание на метициллин (оксациллин) резистентныестафилококки, ванкомицинрезистентные энтерококки, микроорганизмы смножественной лекарственной устойчивостью для проведения целенаправленныхлечебных, профилактических и противоэпидемических мероприятий.
2.21При расследовании вспышек для успешного выявления источников инфекции, путей ифакторов передачи проводят внутривидовое типирование микроорганизмов,выделенных от больных, медицинского персонала, объектов окружающей среды.
2.22Лабораторное исследование объектов окружающей среды в лечебной организациипроводят в соответствии с санитарными правилами по организации и проведениюпроизводственного контроля за соблюдением санитарных правил и выполнениемсанитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по разработанномуплану производственного контроля, обращая особое внимание на контрольстерильности инструментов, инъекционных растворов, перевязочного и шовногоматериала.
2.23Плановые микробиологические обследования объектов окружающей среды кроме тех,которые предусмотрены пунктами 2.21, 2.22 не проводятся.
2.24Эпидемиологический анализ заболеваемости предусматривает изучение уровня,структуры, динамики заболеваемости ВБИ для оценки эпидемиологической ситуации встационаре (отделении) хирургического профиля и разработки комплекса профилактическихи противоэпидемических мероприятий.
2.25Оперативный и ретроспективный анализ предусматривает изучение заболеваемостиВБИ по локализации патологического процесса, этиологии и срокам развития ВБИ.
2.26Оперативный (текущий) анализ заболеваемости ВБИ проводят на основании данныхежедневного учета по первичным диагнозам.
2.27В ходе оперативного анализа заболеваемости проводится оценка текущейэпидемиологической обстановки и решается вопрос о благополучии или осложнении вэпидемиологическом плане, адекватности проводимых мер или необходимости ихкоррекции.
2.28Анализ заболеваемости ВБИ проводится с учетом:
-сроков возникновения заболевания после операции;
-места проведения операции (номер операционной);
-длительности операции;
-времени, прошедшего с момента поступления до операции;

-продолжительности пребывания в стационаре;
-профилактического применения антибиотиков;
-типа чистоты операции (класса раны);
-оценки тяжести состояния пациента.
2.29Групповыми заболеваниями следует считать появление 5 и более случаеввнутрибольничных заболеваний, связанных одним источником инфекции и общимифакторами передачи. О возникновении групповых заболеваний лечебная организация,в соответствии с установленным порядком представления внеочередных донесений очрезвычайных ситуациях санитарно-эпидемиологического характера, сообщает ворганы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор.
2.30Ретроспективный 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 иэтиологии;
-анализ оперативных вмешательств;
-распределение заболеваемости по срокам клинических проявлений (во времяпребывания 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.
2.31Ретроспективный анализ заболеваемости ВБИ у пациентов выявляет фоновый уровеньзаболеваемости, основные источники инфекции, ведущие факторы передачи иявляется основой для разработки профилактических и противоэпидемическихмероприятий, адекватных конкретной эпидемиологической обстановке в данномстационаре (отделении).
2.32Для корректного сравнения показателей частоты послеоперационных инфекционныхзаболеваний их расчет проводится с учетом основных факторов риска: типаоперации, длительности операции, тяжести состояния пациента. Не рекомендуетсясравнение абсолютного количества ВБИ, а также интенсивных показателей,рассчитанных на 100 операций без учета факторов риска.
2.33Ретроспективный анализ заболеваемости медицинского персонала позволяетопределить круг источников инфекции и провести мероприятия, направленные наограничение их роли в заносе в лечебную организацию и распространении ВБИ.
2.34В 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 необычногозаражения);
-загрязненные (контаминированные) раны (операционные раны со значительнымнарушением техники стерильности или со значительной утечкой содержимого изжелудочно-кишечного тракта);
-грязные (инфицированные) раны (операционные раны, в которых микроорганизмы,вызвавшие послеоперационную инфекцию, присутствовали в операционном плане доначала операции).
2.35Риск развития ВБИ для чистых ран составляет 1-5 %, для условно чистых - 3-11 %,для загрязненных - 10-17 % и для грязных - более 25-27 %.

2.36Помимо интенсивных показателей заболеваемости рассчитывают показатели,позволяющие определить действие ряда факторов риска (стратифицированныепоказатели), - частоту инфекций:
нижнихдыхательных путей на 1 000 пациенто-дней искусственной вентиляции легких иструктуру их (у пациентов, подвергавшихся искусственной вентиляции легких(ИВЛ);
кровотокана 1 000 пациенто-дней сосудистых катетеризации и структуру их (у пациентов,подвергавшихся катетеризации сосудов);
мочевыводящихпутей на 1 000 пациенто-дней уринарных катетеризаций и структуру их (упациентов, подвергавшихся катетеризации мочевого пузыря).

## 3. Основные принципы профилактикивнутрибольничных инфекций

3.1Перед проведением плановых операций необходимо обеспечить выявление и санациюочагов имеющейся у пациента хронической инфекции на догоспитальном уровне.
3.2Обеспечить коррекцию клинических показателей у пациентов в предоперационномпериоде.
3.3Следует максимально сокращать сроки пребывания пациента в стационаре(отделении) в период предоперационной подготовки.
3.4При поступлении пациента на операцию, выполняемую в плановом порядке,предварительное обследование проводится в амбулаторно-поликлинических условияхс проведением хирургического вмешательства в стационаре (отделении) безповторного обследования. Каждый лишний день пребывания в стационаре увеличиваетриск присоединения ВБИ.
3.5Сроки выписки пациентов из хирургического стационара (отделения) определяютсясостоянием здоровья. С эпидемиологических позиций оправдана ранняя выпискапациентов.
3.6Разрешается посещение пациентов родственниками, знакомыми. Порядок посещенияотделения устанавливается администрацией лечебной организации.
3.7Для пациентов, состояние которых не требует круглосуточного наблюдения илечения, организуются отделения дневного пребывания больных (далее - ОДПБ).Первичный прием (оформление) в ОДПБ осуществляется в приемно-смотровомотделении, где после осмотра врачом заполняется история болезни.
3.8В ОДПБ соблюдается санитарно-противоэпидемический режим в соответствии сустановленным порядком для стационаров (отделений) хирургического профиля.
3.9Персонал должен соблюдать меры эпидемиологической предосторожности при работе слюбым пациентом.
3.10Независимо от использования перчаток, до и после контакта с пациентом, послеснятия перчаток и каждый раз после контакта с кровью, биологическими жидкостями,секретами, выделениями или потенциально контаминированными предметами иоборудованием, проводится гигиеническая обработка рук.
3.11Персонал проводит гигиеническую обработку рук или обработку рук хирургов всоответствии с правилами, изложенными в главеI.
3.12При проведении манипуляций/операций, сопровождающихся образованием брызг крови,секретов, экскретов, персонал надевает маску, приспособления для защиты глаз(очки, щитки). При загрязнении любых средств индивидуальной защиты проводитсяих замена. Предпочтение отдается средствам защиты однократного применения.
3.13Запрещается надевание колпачков на использованные иглы. После использованияшприцы с иглами сбрасываются в непрокалываемые контейнеры. В случаенеобходимости отделения игл от шприцев необходимо предусмотреть их безопасноеотсечение (специальные настольные контейнеры с иглоотсекателями или другимибезопасными приспособлениями, прошедшими регистрацию в установленном порядке).

3.14Острые предметы сбрасывают в непрокалываемые контейнеры.
3.15Любой пациент рассматривается как потенциальный источник инфекции,представляющий эпидемиологическую опасность для медицинского персонала.
3.16Пациентов с хирургической инфекцией изолируют в отделение гнойной хирургии, апри его отсутствии - в отдельную палату.
3.17Перевязки пациентов, имеющих гнойное отделяемое, проводят в отдельной перевязочнойили, при ее отсутствии, после перевязки пациентов, не имеющих гнойногоотделяемого. Осмотр пациентов проводят в перчатках и одноразовых фартуках.
3.18Персонал обрабатывает руки спиртосодержащим кожным антисептиком не только доосмотра и перевязки инфицированных пациентов, но и после.
3.19Пациенты с острым инфекционным заболеванием подлежат госпитализации вспециализированный стационар (отделение); по жизненным показаниям из-заоперативного вмешательства - изоляции в отдельную палату.
3.20Все инвазивные диагностические и лечебные манипуляции проводятся в перчатках.Перчатки необходимы также при контакте со слизистыми оболочками пациентов ииспользованными инструментами.
3.21Пациенты 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 ихпри выходе;
-предметы ухода, а также стетоскоп, термометр и другое используются только дляданного пациента;
-перевязка пациентов проводится в палате;
-при входе и выходе из палаты персонал обрабатывает руки спиртосодержащим кожнымантисептиком;
-после выписки пациента проводится заключительная дезинфекция, камерноеобеззараживание постельных принадлежностей, ультрафиолетовое обеззараживаниевоздуха;
-после заключительной дезинфекции проводится лабораторное обследование объектовокружающей среды (в палате).
3.22При необходимости персонал принимает дополнительные меры предосторожности,соответствующие эпидемиологическим особенностям конкретной инфекции, иорганизует весь комплекс противоэпидемических мероприятий.
3.23Медицинский персонал, имеющий поражения кожи, отстраняется от работы инаправляется на обследование и лечение.
3.24Медицинский персонал проводит обработку рук в соответствии с требованиями,изложенными в главеI.
3.25При 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.
3.26Перчатки необходимо надевать во всех случаях, когда возможен контакт сослизистыми оболочками, поврежденной кожей, с кровью или другими биологическимисубстратами, потенциально или явно контаминированными микроорганизмами.
3.27При обработке операционного поля пациента перед хирургическим вмешательством идругими манипуляциями, связанными с нарушением целости кожных покровов ислизистых оболочек (пункции различных полостей, биопсии), предпочтение следуетотдавать спиртосодержащим кожным антисептикам с красителем.

3.28Не следует удалять волосы перед операцией, если только волосы возле или вокругоперационного 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.
3.29Перед обработкой антисептиком кожи операционного поля следует тщательно вымытьи очистить ее и прилегающие области для устранения явных загрязнений.
3.30Обработку операционного поля проводят путем протирания отдельными стерильнымимарлевыми салфетками, смоченными кожным антисептиком, в течение временнобеззараживания, рекомендованного методическими указаниями/инструкциями попримененнию конкретного средства.
3.31Кожный антисептик при обработке неповрежденной кожи перед операцией следуетнаносить концентрическими кругами от центра к периферии, а при наличии гнойнойраны - от периферии к центру. Подготовленная область должна быть достаточновелика, чтобы в случае необходимости продолжить разрез или сделать новыеразрезы для установки дренажей.
3.32Для изоляции кожи операционного поля применяют стерильные простыни, полотенца,салфетки. Может также использоваться специальная разрезаемая хирургическаяпленка с антимикробным покрытием, через которую делают разрез кожи.
3.33Обработка инъекционного поля предусматривает обеззараживание кожи с помощьюспиртосодержащего кожного антисептика в месте инъекций (подкожных,внутримышечных, внутривенных и других) и взятия крови.
3.34Обработку инъекционного поля проводят последовательно, двукратно, стерильнойсалфеткой, смоченной кожным антисептиком. Время обеззараживания должносоответствовать рекомендациям, изложенным в методических указаниях/инструкциипо применению конкретного средства.
3.35Для обработки локтевых сгибов доноров используют те же кожные антисептики, чтои для обработки операционного поля. Кожу локтевого сгиба протирают двукратнораздельными стерильными салфетками, смоченными кожным антисептиком, и оставляютна необходимое время.
3.36Для санитарной (общей или частичной) обработки кожных покровов используютантисептики, не содержащие спирты, обладающие дезинфицирующими и моющимисвойствами. Санитарную обработку проводят накануне оперативного вмешательстваили при уходе за пациентом в соответствии с действующими документами пообеззараживанию кожных покровов.
3.37Профилактическое назначение антибиотиков (антибиотикопрофилактика) являетсяодним из наиболее эффективных мероприятий по предупреждению инфекционныхосложнений после хирургических вмешательств.
3.38При проведении антибиотикопрофилактики необходимо учитывать как пользу, так ивозможный риск, исходя прежде всего:
-из оценки риска возникновения инфекционных осложнений;
-из эффективности применения антибиотикопрофилактики при данной операции;
-из возможных неблагоприятных последствий применения антибиотиков.
3.39При выборе антибиотиков следует отдавать предпочтение препаратам, активным вотношении ожидаемых (наиболее вероятных) при определенных операциях возбудителейинфекционных осложнений.
3.40Антибиотики для профилактики ВБИ в большинстве случаев следует применять в техже дозах, что и для лечения (ближе к верхней границе допустимой дозы).
3.41Следует рекомендовать внутривенное введение антибиотиков. Другие способы(внутримышечное введение, местное применение - в рану) уступают по своейэффективности. Оральное применение антибиотиков допустимо, однако недостаточноэффективно.

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 - за15-20 мин до разреза.
3.43Целесообразно вводить антибиотик одновременно с началом анестезии.
3.44В большинстве случаев для эффективной профилактики достаточно одной дозыантибиотика. Дополнительные дозы могут быть оправданы при массивной кровопотере(более 1 000 мл во время операции) и в случае применения антибиотиков скоротким периодом полувыведения при продолжительных (более 3 ч) операциях.

## 4. Профилактика внутрибольничных инфекций воперационном блоке и перевязочных

4.1Территория 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 храненияаппаратуры, инструментария, расходных материалов, белья;
-ограниченная зона состоит из операционных залов, предоперационных,стерилизационной, комнат для наркоза. Предпочтительнее предстерилизационнуюобработку и стерилизацию проводить в централизованном стерилизационномотделении (далее - ЦСО).
4.2Все 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 посленачала операции, должно быть сведено к минимуму.
4.3Операционный блок оборудуют вентиляционными установками с преобладанием притокавоздуха над вытяжкой.
4.4При 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 стерилизациейпроверяют на целость материала. При наличии повреждений их следует заменить.Альтернативой является использование стерильного одноразового хирургическогобелья или стерильных одноразовых специальных комплектов.
4.5Перед извлечением простерилизованных материалов и инструментов (до вскрытиястерилизационных коробок/упаковок):
-визуально оценивают плотность закрытия крышки стерилизационной коробки илицелость стерилизационной упаковки однократного применения;
-проверяют цвет индикаторных меток химических индикаторов, в том числе настерилизационных упаковочных материалах;
-проверяют дату стерилизации;
-на бирке бикса, упаковочном пакете ставят дату, время вскрытия и подписьвскрывавшего.
4.6Перед подготовкой стерильных столов операционная сестра обрабатывает руки спиртосодержащимкожным антисептиком по технологии обработки рук хирургов, надевает стерильныехалат и перчатки (без шапочки и маски вход в операционную запрещен).
4.7При подготовке большого инструментального стола две стерильные простыни, каждаяиз которых сложена вдвое, раскладывают на левую и правую половины стола местамисгиба - к стене. Простыни располагают "внахлест" таким образом, чтобыпо центру стола края одной простыни заходили на другую простыню не менее чем на10 см, а

края простыней со всех сторон стола свисали примерно на 15 см. Поверхэтих простыней выстилают третью простыню в развернутом виде так, чтобы ее краясвисали не менее чем на 25 см. Стол с разложенными на нем инструментами сверхунакрывают стерильной простыней, сложенной вдвое по длине простынного полотна,или двумя простынями в развернутом виде.
4.8Большой инструментальный стол накрывают один раз в день непосредственно передпервой операцией. Во время работы инструменты и материалы с большогоинструментального стола разрешается брать только в стерильных перчатках спомощью стерильного корнцанга/пинцета. После проведенной операции на большойинструментальный стол дополнительно, пополняя из стерильной укладки,выкладывают инструменты и материалы, необходимые для следующей операции.
4.9При подготовке малого инструментального рабочего стола его накрывают стерильнойпростыней, сложенной вдвое, а затем стерильной пеленкой в развернутом виде,края которой должны равномерно свисать со всех сторон стола. Выкладываютстерильные инструменты и материалы и сверху накрывают их стерильной пеленкой,сложенной вдвое. Альтернативой является использование простыни-чехлаоднократного применения из нетканого, воздухопроницаемого материала,устойчивого к проникновению жидкостей.
4.10Малый инструментальный рабочий стол после каждой операции накрывают заново дляследующей операции.
4.11Альтернативой стерильных столов являются индивидуальные укладки на каждуюоперацию, включая стандартный набор инструментов и отдельно упакованныеинструменты.
4.12Члены операционной бригады входят на территорию операционного блока черезсанпропускник, где принимают душ и меняют одежду на операционные костюмы ишапочки.
4.13Члены операционной бригады перед входом в ограниченную зону надевают маски(предпочтительно однократного применения), закрывающие нос, рот и областьподбородка, и проходят в предоперационную, где проводят обработку рук хирурговпо технологии, указанной вглавеI настоящих санитарных правил. После этого члены операционной бригадынадевают стерильные халат и перчатки с помощью медицинской сестры. Перчаткинадевают после надевания стерильного халата.
4.14Хирургические халаты, используемые в оперблоке, должны быть воздухопроницаемы иустойчивы к проникновению влаги.
4.15При нарушении целости перчаток во время операции их необходимо немедленнозаменить, а руки обработать спиртосодержащим кожным антисептиком.
4.16При возникновении "аварийной ситуации" во время операции (нарушениецелости кожных покровов рук членов операционной бригады) немедленно должны бытьпроведены мероприятия по экстренной профилактике гепатита В и ВИЧ-инфекции.
4.17Для проведения операций с высоким риском нарушения целости перчаток следуетнадевать 2 пары перчаток или перчатки повышенной прочности.
4.18При подготовке к работе перевязочной до начала работы проводится влажная уборкапомещения перевязочной с обработкой всех поверхностей дезинфектантом.
4.19Для уборки перевязочной используют специально выделенный халат, перчатки, маскуи шапочку, промаркированный инвентарь, салфетки, емкость.
4.20После проведения уборки перевязочной медицинский персонал снимает спецодежду,моет руки с мылом и проводит их гигиеническую обработку.
4.21В структуре хирургического отделения с коечным фондом на 30 и более пациентовнеобходимо иметь две перевязочные - для проведения "чистых" и"грязных" перевязок. В хирургическом отделении, имеющем до 30 коек,допускается наличие одной перевязочной. Очередность перевязок планируется сучетом чистоты раны.

4.22Перевязочная должна быть обеспечена необходимым количеством стерильныхинструментов и расходного материала. Наборы для проведения перевязок должныбыть индивидуальными.
4.23Стерильный перевязочный стол накрывается медицинской сестрой на каждуюперевязку.
4.24Перевязочный стол для пациента (кушетка) дезинфицируют способом протирания инакрывают чистой простыней (пеленкой) перед каждой новой перевязкой.
4.25Медицинская сестра и врач должны работать в халате (при необходимости - и вфартуке), перчатках, шапочке, маске. Предпочтительны халаты однократногопременения.
4.26Снятие повязки проводится перевязочной сестрой в чистых (нестерильных)перчатках.
4.27Лечащий врач (оперирующий хирург) проводит перевязку в стерильных перчатках,которые меняет при каждой перевязке.
4.28Все предметы со стерильного перевязочного стола берутся стерильным корнцангом(пинцетом).
4.29По окончании перевязки отработанный материал, использованные перчатки, халатысбрасывают в емкость для сбора отходов класса "Б", и в дальнейшемподвергают дезинфекции и утилизации.
4.30Инструменты многократного применения после перевязки дезинфицируют способомпогружения в дезинфицирующий раствор, затем подвергают предстерилизационнойочистке и стерилизации (в ЦСО - при его наличии в лечебной организации).
4.31В конце рабочего дня проводят уборку перевязочной с последующимобеззараживанием воздуха. Один раз в неделю проводят генеральную уборку вперевязочной, о чем делают запись в журнале регистрации уборок.

## 5. Профилактика внутрибольничных инфекций вотделениях реанимации и интенсивной терапии

5.1Необходимо выделение отдельных помещений и закрепление среднего медицинского персоналадля ухода за пациентами, требующими длительного реанимационного пособия(реанимационный зал), и для ухода за пациентами, поступающими в отделение длявыхода из наркоза и кратковременного наблюдения в послеоперационном периоде(палаты).
5.2Персонал реанимационного отделения обеспечивается специальной одеждой (комплектиз блузы и брюк, шапочки, тапочек, халата) с ежедневной сменой комплектов.
5.3При входе и выходе из реанимационной палаты персонал обрабатывает руки кожнымантисептиком.
5.4После выписки больного из отделения прикроватная тумбочка, кроватьобрабатываются дезинфицирующим раствором. Постельные принадлежности (матрас,подушка, одеяло) обязательно подвергают камерной дезинфекции. При наличии наматрасах непроницаемых для влаги чехлов, их протирают растворамидезинфектантов.
5.5Перед поступлением больного кровать заправляют чистым комплектом постельныхпринадлежностей (матрас, простыня, подушка, наволочка, одеяло, пододеяльник).Смена постельного белья проводится ежедневно, а также при его загрязнении.
5.6Постановку сосудистых катетеров и уход за ними должен проводить специальнообученный персонал (врачи).
5.7Для постановки центральных венозных и артериальных катетеров используютстерильное оснащение, включая стерильную одежду и перчатки, маску и большиестерильные салфетки.
5.8Место ввода катетера обрабатывают кожным антисептиком до постановки катетера.
5.9После того как кожа была очищена кожным антисептиком, место постановки катетеране пальпируют.

5.10В истории болезни записывают место и дату постановки катетера и дату егоудаления.
5.11Перед любой манипуляцией с катетером персонал обрабатывает руки кожнымантисептиком и надевает стерильные перчатки.
5.12Для закрытия места ввода катетера используют специальные стерильные повязки илипрозрачную повязку.
5.13Необходимо ежедневно пальпировать через неповрежденную повязку место постановкикатетера для определения болезненности. В случае болезненности, лихорадкинеясного генеза, бактериемии необходимо осматривать место катетеризации. Еслиповязка мешает осмотру и пальпации места катетеризации, ее удаляют и послеосмотра накладывают новую.
5.14При появлении первых признаков инфекции катетер удаляется и направляется набактериологическое исследование.
5.15Резиновые пробки многодозовых флаконов обтирают 70 %-м раствором спирта передвведением иглы во флакон.
5.16Все парентеральные растворы готовятся в аптеке в шкафу с ламинарным потокомвоздуха, использованием асептической технологии.
5.17Перед использованием флаконы с парентеральными растворами визуально проверяютна мутность, наличие частиц, трещины и срок годности.
5.18Перед каждым доступом, в систему персонал обрабатывает руки и место доступакожным спиртовым антисептиком.
5.19Для введения растворов через катетер используют только стерильные одноразовыешприцы.
5.20Назначение катетеризации мочевого пузыря должно производиться только по строгимклиническим показаниям.
5.21Следует использовать только стерильные катетеры.
5.22Перед постановкой катетера тщательно обрабатывают антисептиком периуретральнуюобласть.
5.23Катетеризацию проводят только в стерильных перчатках.
5.24Необходимо закрепить катетер для ограничения его подвижности в уретре.
5.25Для сбора мочи следует применять закрытые дренажные системы.
5.26При отсутствии закрытых дренажных систем применяется прерывистая катетеризация.
5.27Для предотвращения нарушения целости дренажной системы используют дренажныесистемы со специальным выходом для взятия анализов; при их отсутствии мочуберут стерильным шприцем, не отсоединяя сумки; промывают катетер с соблюдениемпринципа асептики в случаях удаления сгустков крови; не проводят рутинногопромывания мочевого пузыря.
5.28Для опорожнения мочеприемника у каждого пациента необходимо использоватьиндивидуальные контейнеры.
5.29Замену катетера производят только по строгим показаниям (например, обструкциякатетера).
5.30Для снижения риска контаминации мочеприемника и предупреждения рефлюкса мочиемкость для сбора мочи должна находиться выше уровня пола, но ниже уровнякровати пациента.
5.31Удаление катетеров должно проводиться в максимально короткие сроки.
5.32При использовании дыхательной аппаратуры следует удалять эндотрахеальные,трахеостомические и/или энтеральные (назо-, оро-, гастральные, интестинальные)трубки немедленно по устранении клинических показаний.
5.33Следует обеспечивать постоянное удаление секрета из надманжеточногопространства.
5.34Для профилактики орофарингеальной колонизации следует проводить адекватныйтуалет ротоглотки.

5.35Если возможно загрязнение респираторными секретами от пациента, следуетнадевать халат, который необходимо сменить при переходе к другому пациенту.
5.36Замену трахеостомической трубки следует выполнять в асептических условиях,трахеостомические трубки необходимо подвергать стерилизации.
5.37При выполнении санации трахеобронхиального дерева следует надевать одноразовыеперчатки.
5.38При использовании открытых систем для аспирации секретов дыхательных путейследует применять стерильные отсосные катетеры однократного применения.
5.39Следует использовать стерильные расходные материалы, соприкасающиеся сдыхательными путями больного (эндотрахеальные трубки, трахеостомические канюли,катетеры для аспирации секрета трахеобронхиального дерева).
5.40Не следует без особых показаний (явное загрязнение, нарушение функционированияи т.п.) производить замену дыхательного контура, исходя только изпродолжительности его применения, при использовании контура у того же самогопациента.
5.41Следует своевременно удалять любой конденсат в контуре.

## 6. Дезинфекционные и стерилизационныемероприятия

6.1В целях профилактики и борьбы с ВБИ систематически осуществляетсяпрофилактическая дезинфекция (текущие и генеральные уборки), а при появлениислучая ВБИ - текущая (дезинфекция всех предметов, имеющих контакт с заболевшимпациентом) и/или заключительная (обеззараживание всех предметов в палате послеперевода пациента в другое отделение, выздоровления и др.) дезинфекция.Дезинфекционные и стерилизационные мероприятия проводятся в соответствии стребованиями глав I и II.
6.2В целях предупреждения возможного формирования резистентных к дезинфектантамштаммов микроорганизмов следует проводить мониторинг устойчивости госпитальных штаммовк применяемым дезинфицирующим средствам с последующей их ротацией принеобходимости.
6.3Дезинфекции подлежат объекты, которые могут быть факторами передачи ВБИ:изделия медицинского назначения, руки персонала, кожные покровы (операционное иинъекционное поле) пациентов, предметы ухода за больными, воздух в помещениях,постельные принадлежности, тумбочки, посуда, поверхности, выделения больных ибиологические жидкости (мокрота, кровь и др.), медицинские отходы и другие.
6.4Подготовка к применению и обработка использованных изделий медицинскогоназначения проводятся в соответствии с требованиями главI,IIнастоящих правил.
6.5В лечебной организации должен использоваться шовный материал, выпускаемый в стерильномвиде.
Категорическизапрещено обрабатывать и хранить шовный материал в этиловом спирте, посколькупоследний не является стерилизующим средством и может содержать жизнеспособные,в частности, спорообразующие микроорганизмы, что может привести к инфицированиюшовного материала.
6.6При подготовке к использованию наркозно-дыхательной аппаратуры с цельюпредотвращения перекрестного инфицирования пациентов через наркозно-дыхательнуюаппаратуру используют специальные бактериальные фильтры, предназначенные дляоснащения указанной аппаратуры. Установку и замену фильтров осуществляют всоответствии с инструкцией по применению конкретного фильтра. Для заполнениярезервуаров увлажнителей следует использовать стерильную дистиллированную воду.Рекомендуется использование тепловлагообменников. Съемные детали аппаратовдезинфицируют так же, как изделия медицинского назначения из соответствующихматериалов.
6.7Профилактическая (текущие и генеральные уборки) дезинфекция в помещенияхразличных структурных подразделений хирургического стационара

осуществляется всоответствии с главойI настоящих правил. Виды уборок и кратность их проведения определяютсяназначением подразделения.
6.8При проведении текущих уборок с применением растворов ДС (профилактическаядезинфекция при отсутствии ВБИ или текущая дезинфекции при наличии ВБИ)поверхности в помещениях, приборов, оборудования и другого дезинфицируютспособом протирания. Для этого целесообразно использовать дезинфицирующиесредства с моющими свойствами, что позволяет объединить обеззараживание объектас его мойкой. При необходимости экстренной обработки небольших по площади илитруднодоступных поверхностей возможно применение готовых форм ДС, например, наоснове спиртов с коротким временем обеззараживания (способом орошения с помощьюручных распылителей) или способом протирания растворами ДС, или готовыми кприменению дезинфицирующими салфетками.
6.9Текущие уборки в помещениях проводят по режимам, обеспечивающим гибельбактериальной микрофлоры; при появлении в стационаре ВБИ - по режиму,эффективному в отношении возбудителя соответствующей инфекции. При дезинфекцииобъектов, загрязненных кровью и другими биологическими субстратами,представляющими опасность в распространении парентеральных вирусных гепатитов иВИЧ-инфекции, следует применять дезинфицирующие средства по противовирусномурежиму.
6.10Генеральные уборки в операционных блоках, перевязочных, процедурных,манипуляционных, стерилизационных проводят дезинфицирующими средствами сшироким спектром антимикробного действия по режимам, обеспечивающим гибельбактерий, вирусов и грибов.
6.11Генеральные уборки в палатных отделениях, врачебных кабинетах,административно-хозяйственных помещениях, отделениях и кабинетах физиотерапии ифункциональной диагностики и других проводят дезинфицирующими средствами порежимам, рекомендованным для профилактики и борьбы с бактериальными инфекциями.
6.12При использовании дезинфектантов в присутствии пациентов (профилактическая итекущая дезинфекция) запрещается обеззараживание поверхностей растворами ДСспособом орошения, а также применение способом протирания ДС, обладающихраздражающим действием, сенсибилизирующими свойствами.
6.13Заключительную дезинфекцию проводят в отсутствие пациентов, при этом персонал,выполняющий обработку, должен использовать средства индивидуальной защиты(респиратор, перчатки, фартук), а также промаркированный уборочный инвентарь ичистые тканевые салфетки.
6.14При проведении заключительной дезинфекции следует применять средства с широкимспектром антимикробнрго действия. Обработку поверхностей осуществляют способом орошенияс помощью гидропульта и других распыливающих устройств (установок). Нормарасхода ДС составляет в среднем от 100 до 300 мл на 1 м$^2$.
6.15Воздух в помещениях стационаров (отделений) хирургического профиля следуетобеззараживать с помощью разрешенных для этой цели оборудования и/илихимических средств, применяя следующие технологии:
-воздействие ультрафиолетовым излучением с помощью открытых и комбинированныхбактерицидных облучателей, применяемых в отсутствии людей, и закрытыхоблучателей, в том числе рециркуляторов, позволяющих проводить обеззараживаниевоздуха в присутствии людей; необходимое число облучателей для каждого кабинетаопределяется расчетным путем согласно действующим нормам;
-воздействие аэрозолями дезинфицирующих средств в отсутствии людей с помощьюспециальной распыляющей аппаратуры (генераторы аэрозолей) при проведениидезинфекции по типу заключительной и при проведении генеральных уборок;
-воздействие озоном с помощью установок - генераторов озона в отсутствии людейпри проведении, дезинфекции по типу заключительной и при проведении генеральныхуборок;

-применение антимикробных фильтров.
Технологияобработки и режимы обеззараживания воздуха изложены в действующих нормативныхдокументах, а также в инструкциях по применению конкретных ДС и руководствах поэксплуатации конкретного оборудования, предназначенных для обеззараживаниявоздуха в помещениях.
6.16Предметы ухода за пациентами (подкладные клеенки, фартуки, чехлы матрасов изполимерной пленки и клеенки) дезинфицируют способом протирания тканевойсалфеткой, смоченной раствором ДС; кислородные маски, рожки от кислороднойподушки, шланги электро/вакуум отсосов, судна, мочеприемники, тазикиэмалированные, наконечники для клизм, резиновые клизмы и др. - способомпогружения в раствор ДС с последующим промыванием водой. Этим же способомобеззараживают медицинские термометры. Для обработки предметов ухода (без ихмаркировки) за пациентами возможно использование моюще-дезинфицирующихустановок, разрешенных для применения в установленном порядке.
6.17Посуду столовую и чайную в хирургическом стационаре обрабатывают в соответствиис IГлавой настоящих правил. Механическая мойка посуды в специальных моечныхмашинах проводится в соответствии с прилагающимися инструкциями по ихэксплуатации. Мытье посуды ручным способом осуществляют в трехсекционных ваннахдля столовой посуды и двухсекционных - для стеклянной посуды и столовыхприборов. Посуду освобождают от остатков пищи, моют с применением моющихсредств, погружают в дезинфицирующий раствор и после экспозиции промывают водойи высушивают.
Приобработке посуды по эпидемиологическим показаниям столовую посуду освобождаютот остатков пищи и погружают в дезинфицирующий раствор, используя режимдезинфекции, рекомендованный для соответствующей инфекции. После дезинфекциипосуду тщательно промывают водой и высушивают.
6.18Обеззараживание загрязненных выделениями и биологическими жидкостями изделий изтекстильных материалов (нательного, постельного белья, полотенец, спецодеждымедицинского персонала и др.) осуществляют в прачечных путем замачивания врастворах ДС перед стиркой или в процессе стирки с использованием разрешенныхдля этих целей ДС в стиральных машинах проходного типа по программе стирки № 10(90 °С) согласно технологии обработки белья в медицинских организациях.
6.19После выписки пациента постельные принадлежности (матрасы, подушки, одеяла),одежду и обувь подвергают камерной дезинфекции. При наличии на матрасах иподушках чехлов из влагонепроницаемых материалов, их обеззараживают растворомДС способом протирания.
Допускаетсядезинфицировать обувь из резин и пластика погружением в разрешенные для этогорастворы дезинфицирующих средств.
6.20Обеззараживание медицинских отходов классов Б и В (комплекты однократногоиспользования, перевязочный материал, ватно-марлевые повязки, тампоны, белье,маски, спецодежда, салфетки, изделия медицинского назначения однократногоприменения и др.) осуществляют в соответствии с действующими санитарнымиправилами.

# IV. Профилактика внутрибольничных инфекций вакушерских стационарах (отделениях)

## 1. Организация мероприятий по профилактикевнутрибольничных инфекций в акушерских стационарах

1.1В данной главе устанавливаются основные требования к комплексу организационных,лечебно-профилактических, санитарно-противоэпидемических (профилактических)мероприятий, проведение которых обеспечивает предупреждение возникновения ираспространения внутрибольничных инфекционных заболеваний в

стационарах(отделениях) акушерского профиля лечебных организаций, перинатальных центров.
1.2Ответственным за организацию и контроль за выполнением комплексасанитарно-противоэпидемических мероприятий по профилактике и борьбе свнутрибольничными инфекциями в родовспомогательном учреждении являетсяруководитель ЛПО, акушерского стационара (отделения).
1.3Организацию мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций осуществляетзаместитель главного врача по эпидемиологической работе (врач-эпидемиолог). Вслучае отсутствия врача-эпидемиолога эта работа возлагается на заместителяглавного врача по лечебной работе.
1.4С целью контроля внутрибольничных инфекций в акушерском стационаре (отделении)приказом по учреждению создается комиссия по профилактике ВБИ во главе сглавным врачом или его заместителем по лечебной работе, полномочия которойраспространяются на все подразделения и службы стационара. В своей деятельностикомиссия руководствуется положением, разработанным и утвержденным дляконкретного учреждения.
1.5В состав комиссии входят: заместитель главного врача по эпидемиологическойработе (заместитель главного врача по лечебной работе), врач-эпидемиолог и/илипомощник врача-эпидемиолога, заведующие структурными подразделениями, главнаяакушерка, бактериолог, патологоанатом, клинический фармаколог. Принеобходимости приглашаются другие специалисты. Заседания комиссии проводятся нереже одного раза в квартал.
1.6Главный врач акушерского стационара (отделения) организует проведениеинструктажа для медицинских работников по соблюдению профилактических исанитарно-противоэпидемических мероприятий с последующей сдачей зачетов двараза в год.
1.7При поступлении на работу в акушерские стационары (отделения) медицинские работникипроходят осмотр врачей: терапевта, стоматолога, отоларинголога,дерматовенеролога и гинеколога (в дальнейшем 1 раз в год). Дополнительныемедицинские осмотры проводятся по показаниям.
Всемедицинские работники, непосредственно оказывающие медицинскую помощь иосуществляющие уход за пациентами, проходят следующие обследования:
-рентгенологическое обследование на туберкулез крупнокадровая флюорографиягрудной клетки (в дальнейшем - один раз в год);
-исследование крови на гепатит С (в дальнейшем 1 раз в год);
-исследование крови на гепатит В не привитых (в дальнейшем 1 раз в год),привитые обследуются через 5 лет, затем ежегодно при отсутствии ревакцинации;
-исследование крови на ВИЧ-инфекцию (в дальнейшем 1 раз в год).
-исследования крови на сифилис (в дальнейшем 1 раз в год);
-исследование мазков на гонорею (в дальнейшем 1 раз в год).
Другиедиагностические исследования проводятся в зависимости от выявленной патологии умедицинского персонала. Результаты обследования вносятся в личную медицинскуюкнижку.
1.8Персонал акушерских стационаров (отделений) должен быть привит в соответствии сНациональным календарем профилактических прививок.
1.9Обследование персонала на условно-патогенную и патогенную флору осуществляетсяпо эпидемиологическим показаниям. Обследование медицинского персонала наносительство золотистого стафилококка в плановом порядке не проводится.
1.10Медицинский персонал акушерских стационаров с лихорадкой, острымивоспалительными и гнойными процессами или обострением хроническихгнойно-воспалительных заболеваний к работе не допускается.

1.11Данные периодических осмотров, результаты лечения, сведения о профилактическихпрививках заносятся в медицинскую карту и доводятся до сведения лица,ответственного за организацию и проведение мероприятий по профилактике ВБИ.
1.12Требования к условиям труда и личной гигиене (в том числе, правила обработкирук) медицинского персонала принимаются в соответствии с главами Iи IIнастоящих правил.

## 2. Организация противоэпидемического режима

2.1В целях предупреждения возникновения и распространения внутрибольничныхинфекций в акушерских стационарах должны своевременно и в полном объемепроводиться предусмотренные данными санитарными правилами и иными нормативнымиправовыми актами Российской Федерации профилактические исанитарно-противоэпидемические мероприятия.
2.2Акушерский стационар может быть устроен по типу родильного дома (отделения) илиперинатального центра.
2.2.1Акушерский стационар (отделение) может иметь послеродовое отделение ссовместным и/или раздельным пребыванием матери и ребенка. В составе родильногодома предусматривается физиологическое и обсервационное отделение. Допускаетсяотсутствие обсервационного отделения при наличии палат на 1-2 места ивозможности планировочной изоляции одной из палатных секций в случаенеобходимости организации ее работы по типу обсервационного отделения. Вродильных домах с совместным пребыванием матери и ребенка необходимо предусматриватьпалаты интенсивной терапии для матерей и детей, а также детскую палату дляздоровых новорожденных.
2.2.2Перинатальный центр отличается от родильного дома (отделения) наличием всоставе женской консультации, гинекологического отделения, отделения патологииноворожденных и недоношенных (ОПНН), а также отделение реанимации и интенсивнойтерапии для новорожденных (ОРИТН).
2.3Категорически запрещается прием в акушерский стационар женщин с послеродовымиосложнениями.
2.4Акушерский стационар (отделение) не менее одного раза в год должен закрыватьсядля проведения плановой дезинфекции, в том числе при необходимости - длятекущего ремонта (но не менее чем на 14 календарных дней). Открытие стационара,закрывавшегося по эпидемиологическим показаниям, допускается по согласованию сорганами, осуществляющими Государственный санитарный надзор.
2.5В родовом зале при приеме родов и операционных при проведении операциймедицинский персонал работает в масках одноразового применения. В отделенияхноворожденных маски используют при проведении инвазивных манипуляций.Обязательно использование масок одноразового применения во всех отделениях впериод эпидемиологического неблагополучия.
2.6После любого контакта с пациентами и любой манипуляции проводится гигиеническаяобработка рук.
2.7Сроки выписки из акушерского стационара определяются состоянием здоровья материи ребенка. С эпидемиологических позиций оправдана ранняя выписка на 3-4 суткипосле родов, в том числе до отпадения пуповины.
2.8После выписки пациентов в освободившейся палате проводят уборку по типузаключительной дезинфекции, постельные принадлежности подвергают камернойдезинфекции или обработке растворами дезсредств при наличии водонепроницаемыхчехлов.
2.9Родильный дом обязан информировать о выписке родильницы и ребенка женскуюконсультацию и детскую поликлинику по фактическому месту проживания дляосуществления последующего патронажа.
2.10Порядок посещения беременных и родильниц родственниками устанавливаетсяадминистрацией родильного дома (отделения).

2.11Присутствие мужа (близких родственников) при родах возможно при наличииндивидуальных родильных залов с учетом состояния женщины. Родственники,присутствующие при родах, должны быть в сменной одежде и обуви.
2.12Для персонала должен быть предусмотрен отдельный вход, раздевалка со шкафчикамидля личной и санитарной одежды, душевые. Санитарная одежда меняется ежедневно.
2.13Во всех отделениях акушерского стационара ежедневно проводят влажную уборку применением моющих и дезинфицирующих средств. Виды уборок помещений различныхструктурных подразделений акушерского стационара и кратность их проведенияпредставлены вприложении14.
2.14Противоэпидемические мероприятия в отделениях (палатах) для ВИЧ-инфицированныхпациенток и их новорожденных должны проводиться по типу режима отделений длябольных вирусным гепатитом В. При манипуляциях (операциях) у ВИЧ-инфицированныхпациенток используют инструменты и другие медицинские изделия одноразовогоприменения. При их отсутствии инструменты многократного использования подлежатдезинфекции по режиму, установленному для профилактики парентеральныхгепатитов, с последующей стерилизацией.
2.15Медицинский персонал, принимающий роды и осуществляющий уход в послеродовомпериоде, в том числе за ВИЧ-инфицированной родильницей и ее новорожденным,должен:
-соблюдать меры личной безопасности (работа в перчатках при проведении всехманипуляций, правил обработки рук, при приеме родов - использование защитныхочков или экранов);
-соблюдать меры предосторожности при работе с колющими, режущими инструментами,иглами;
-свести к минимуму соприкосновение с загрязненным бельем, помещать его в маркированныемешки или контейнеры, влажное белье перевозить в непромокаемых мешках иликонтейнерах;
-убедиться в целостности аварийной аптечки при подготовке к проведениюманипуляции больному с ВИЧ-инфекцией;
-выполнять манипуляции в присутствии второго специалиста, который может в случаеразрыва перчаток или пореза продолжить ее выполнение;
-при аварийных ситуациях (порезы и уколы инструментами, контаминированнымикровью и другими биологическими жидкостями, в том числе от ВИЧ-инфицированныхпациентов, больных гепатитом В, С или сифилисом, а также попадание крови идругих биологических жидкостей на слизистые ротоглотки, носа и глаз), провестиэкстренную профилактику в соответствии с приложением12.
Особеннотщательно меры предосторожности должны соблюдаться при наличии у родильницыклиники острой инфекции, кровохарканья, открытых форм туберкулеза, остройпневмоцистной пневмонии.

## 3. Правила содержания структурныхподразделений акушерских стационаров и перинатальных центров

3.1.Приемно-смотровое отделение.
3.1.1При поступлении беременной женщины в акушерский стационар (отделение) вопрос огоспитализации в физиологическое или обсервационное отделение"мать-дитя" решается на основании данных обменной карты, опроса иосмотра поступающей в стационар женщины. Следует обеспечить изоляцию потоковбеременных и рожениц, поступающих в физиологическое и обсервационное отделения.Для приема гинекологических больных необходимо иметь отдельное помещение.
3.1.2При поступлении роженицы проводится медицинский осмотр, санитарная обработка.Бритье кожи наружных половых органов и постановка очистительной клизмы вобязательном порядке не проводятся. Душ назначается всем пациентам,

выдаетсяиндивидуальный комплект белья (рубашка, полотенце, подкладная пеленка, халат).Разрешается использовать свою чистую одежду и обувь.
3.2.Родовой блок.
3.2.1В родильных домах с преимущественно совместным пребыванием матери и ребенкапредусматривается функционирование индивидуальных родовых залов, в родильныхдомах с раздельным пребыванием матери и ребенка соблюдается цикличностьзаполнения предродовых палат и родовых залов. Допускается устройство родовогоблока по типу "семейной комнаты".
3.2.2В предродовой палате каждой роженице выделяют индивидуальное судно. Судно,кровать и скамеечка имеют единый маркировочный номер. Разрешается использованиематрацев и подушек в герметичных клеенчатых чехлах, которые обеззараживаютдезинфицирующим раствором.
3.2.3Перед переводом в родовой зал роженицу переодевают в чистое индивидуальноебелье (рубашка, косынка, бахилы).
3.2.4В родовом зале прием родов осуществляется поочередно на разных кроватях. Послеродов все объекты, применяемые при родах, обрабатывают с применениемдезинфицирующих средств по режимам, эффективным для профилактики парентеральныхвирусных гепатитов. При наличии нескольких родовых залов прием родовосуществляют поочередно в каждом из них.
3.2.5В индивидуальном родовом зале женщина находится в течение трех периодов родов:первый период родов, роды и ранний послеродовый период (2 часа).
3.2.6Акушерка (врач) перед приемом родов готовится как для хирургической операции.
3.2.7При приеме родов персонал использует стерильный комплект одеждыпредпочтительнее одноразового пользования.
3.2.8Новорожденного принимают в стерильную пеленку. Для первичной обработкиноворожденного используется стерильный индивидуальный комплект. Через 1 минутупосле рождения производят пережатие и пересечение пуповины. Перед наложениемпластиковой скобы (или лигатуры) персонал проводит гигиеническую обработку рук.Место наложение зажима обрабатывается 70 % этиловым спиртом.
3.2.9Первичный туалет новорожденного осуществляется в родильном зале сразу после егорождения. Ребенка вытирают теплой стерильной пеленкой и выкладывают на животматери для контакта "кожа-к-коже" с последующим прикладыванием кгруди. Ребенок на животе у матери укрывается стерильной (х/б) сухой теплойпеленкой и одеялом.
3.2.10Первичная обработка кожных покровов новорожденного проводится только в случаезагрязнения кожных покровов новорожденного меконием или кровью, которые смываюттеплой водопроводной водой.
3.2.11Профилактика инфекционных заболеваний глаз у новорожденного проводится послепребывания на животе у матери с использованием эритромициновой илитетрациклиновой мази, 20 % раствора сульфацила натрия (альбуцид), 1 % растворанитрата серебра в индивидуальной упаковке.
3.2.12После взвешивания и одевания новорожденного весы и пеленальный стол протираютраствором дезинфицирующего средства. Все оборудование, используемое приоказании первичной помощи новорожденному, обеззараживают дезинфицирующимирастворами по режиму, обеспечивающему гибель бактерий, вирусов и грибов. Дляотсасывания слизи у новорожденного необходимо использовать баллоны и катетерытолько одноразового применения.
3.3.Послеродовое физиологическое отделение с совместным и раздельным пребываниемматери и ребенка.
3.3.1Послеродовое физиологическое отделение должно быть организовано преимущественнопо принципу совместного пребывания матери и ребенка. Возможна

организация палатс совместным пребыванием матери и ребенка и в обсервационном отделении.
3.3.2Для совместного пребывания матери и ребенка предназначаются одно-илидвухместные палаты. Заполнение палаты происходит в течение одних суток.
3.3.3Палаты послеродового физиологического отделения с раздельным пребыванием материи ребенка заполняют циклично, синхронно с палатами детского отделения в течениене более 3 суток.
3.3.4Постельное белье меняется каждые 3 дня, рубашка и полотенце - ежедневно,подкладные пеленки для родильницы - по необходимости. Допускается использованиеиндивидуальных гигиенических прокладок и одноразового белья у матерей иодноразовых подгузников промышленного производства у новорожденных.
3.4.Отделение новорожденных.
3.4.1Палаты новорожденных с раздельным пребыванием матери и ребенка заполняютсинхронно с палатами послеродового физиологического отделения в течение неболее 3 суток.
3.4.2В отделениях (палатах) совместного пребывания матери и ребенка и при наличииинебольшого количества детей в отделении (палате) новорожденных при раздельномпребывании рекомендуется грудное вскармливание по "требованию"младенца.
3.4.3Все изделия медицинского назначения многоразового использования, в том числеинструменты, применяемые для ухода за новорожденными (глазные пипетки, шпателии др.), подлежат дезинфекции, а затем стерилизации. При проведении манипуляцийиспользуют стерильные ватные тампоны в отдельных укладках. Вскрытая инеиспользованная укладка подлежит повторной стерилизации. Для взятиястерильного материала используют стерильные пинцеты (корнцанги), которые меняютпосле каждого новорожденного.
3.4.4Для новорожденных используются лекарственные формы только в мелкой расфасовкеи/или однократного применения.
3.4.5Лечение детей с признаками инфекции (в том числе ВУИ) в отделении новорожденныхи перевод их в обсервационное отделение запрещается. Новорожденные сподозрением на инфекционное заболевание переводятся в отдельную палату(изолятор), а затем в отделение патологии новорожденных для последующеголечения.
3.4.6.Хранение вакцины против гепатита В, а также хранение и разведение вакцины БЦЖосуществляется в отдельном помещении.
3.5.Порядок сбора, пастеризации, хранения грудного молока, приготовления и хранениямолочных смесей.
3.5.1В акушерских стационарах предусматривается молочная комната для сбора ипастеризации грудного молока, приготовления молочных смесей (2 помещения: дляподготовки посуды и приготовления смесей). Кроме того, в перинатальных центрахпри ОРИТН и ОПНН выделяют помещения для сцеживания грудного молока.
3.5.2Для кормления новорожденного используется сцеженное грудное молоко только егоматери.
3.5.3При необходимости сцеживания грудного молока матерям выдают обеззараженнуюпосуду.
3.5.4В случае необходимости отсроченного кормления новорожденного сцеженным молоком(отделение реанимации и т.п.), собранное грудное молоко подвергаютпастеризации.
Молокоразливают в стерильные бутылочки по 30-50 мл (по 100 мл для перинатальногоцентра) для индивидуального использования, закрывают и пастеризуют в водянойбане (не более 5-7 минут от начала закипания воды), уровень воды в которойдолжен быть не ниже уровня молока в бутылочках. Бутылочки с молоком послепастеризации охлаждают до комнатной температуры и раздают для кормления детейили хранят в специальном холодильнике не более 12 часов.

3.5.5Пастеризованное молоко, молочные смеси, питьевые растворы используются дляноворожденных только по назначению врача при наличии показаний. Запрещаетсякормление нескольких детей из одной бутылочки. Вода и растворы для питья должныбыть стерильными в индивидуальной разовой расфасовке.
3.5.6.Сухие молочные смеси после вскрытия упаковки должны иметь маркировку суказанием даты и времени вскрытия. Разведение смесей осуществляется сиспользованием стерильной посуды. Допускается использование готовых жидкихсмесей.
3.6.Обсервационное отделение.
3.6.1В обсервационное отделение поступают роженицы, родильницы и новорожденные всоответствии с показаниями в случае отсутствия индивидуальных родильных заловили палат.
3.6.2Показания к приему беременных и рожениц:
-лихорадочное состояние (температура тела 37,6 °С и выше без клинические выраженных других симптомов);
-инфекционная патология, в том числе:
острыевоспалительные заболевания и хронические воспалительные заболевания в стадииобострения (пиелонефрит, цистит, бронхит, пневмония, отит, пиодермия и др.);
-острые респираторные заболевания (грипп, ангина и др.);
-ВИЧ-инфекция, сифилис, вирусные гепатиты В, С, Д, гонорея, герпетическая инфекция;
-туберкулез (любой локализации при отсутствии специализированного стационара).Беременных и рожениц с открытой формой туберкулеза госпитализируют в специализированныеродильные дома (отделения), при отсутствии таковых - в боксы или изоляторыобсервационного отделения с последующим переводом после родов впротивотуберкулезный стационар;
-прерывание беременности по медицинским и социальным показаниям с 20 недельберременности;
-внутриутробная гибель плода, грубые аномалии развития плода, требующиедосрочного родоразрешения;
-отсутствие медицинской документации и данных об обследовании рожениц;
-роды вне лечебного учреждения (в течение 24 часов после родов).
3.6.3Переводу в обсервационное отделение из других отделений акушерского стационараподлежат беременные, роженицы и родильницы, имеющие:
-повышение температуры тела в родах и раннем послеродовом периоде до 38 °С ивыше (при трехкратном измерении через каждый час);
-лихорадку неясного генеза (температура тела выше 37,6 °С), продолжающуюся более1 суток;
-проявления экстрагенитальных инфекционных заболеваний, не требующих перевода в специализированныйстационар (острая респираторная инфекция, ангина, герпес).
3.6.4Лечение послеродовых воспалительных осложнений осуществляется в условияхгинекологического стационара (отделения).
3.6.5Переводу и госпитализации в обсервационное отделение подлежат:
-новорожденные, матери которых переведены из физиологического послеродовогоотделения в обсервационное;
-новорожденные с видимыми врожденными и некурабельными пороками развития, ненуждающиеся в срочном хирургическом лечении;
-дети, родившиеся вне родильного дома.
3.6.6Новорожденные с инфекционными заболеваниями переводятся в детский стационар.
3.6.7В случае перевода новорожденного в обсервационное отделение вместе с нимпереводят и родильницу.
3.6.8 В обсервационном отделении пациенток необходиморазмещать в палаты по нозологическим формам заболеваний, беременных - отдельноот родильниц.

3.6.9При необходимости перехода в обсервационное отделение медицинский персоналменяет халат, надевает бахилы. Для этого у входа должны быть вешалка с чистымихалатами, емкости с бахилами.
3.6.10Прием родов у ВИЧ-инфицированных беременных, а также у беременных с гепатитомВ, С, сифилисом может осуществляется в родильных домах специализированного илиобщего типа. При этом прием родов производится в специально выделенной палате,предпочтительно в боксе, где родильница с ребенком находится до выписки. Принеобходимости оперативного вмешательства используется операционнаяобсервационного отделения.
3.7.Отделения реанимации и интенсивной терапии для новорожденных (ОРИТН) ипатологии новорожденных и недоношенных (ОПНН) перинатального центра.
3.7.1Для размещения ОРИТН и ОПНН предусматриваются самостоятельные блоки помещений,с отдельным входом и выходом, изолированные от родовспомогательных и другихотделений.
3.7.2В ОРИТН и ОПНН допускается перевод новорожденных из других отделенийперинатального центра или других акушерских стационаров. Перевод новорожденныхиз ОРИТН и ОПНН в послеродовые отделения перинатального центра или другихакушерских стационаров не допускается.
3.7.3В том случае если перинатальный центр принимает в ОПНН и ОРИТН новорожденных издругих акушерских стационаров при входе в отделение предусматривается наличиепомещений приема.
3.7.4Все диагностические и лечебные процедуры лечащий или дежурный врач имедицинская сестра осуществляют непосредственно в палате. Процедурный ифизиотерапевтический кабинеты предназначены только для подготовки к лечебнымили диагностическим мероприятиям.
3.7.5Перед осмотром каждого ребенка и проведением манипуляций персонал проводитобработку рук в соответствии с требованиями главыI. После осмотра ребенка в кювезе проводится обработка рук антисептикомперед закрытием кювеза.
3.7.6Для осмотра новорожденных в каждой палате предусматривается пеленальный стол,оборудованный матрасиком с подогревом и лампой лучистого тепла.
3.7.7Термометрию рекомендуется проводить электронными термометрами (ртутнымитермометрами невозможно фиксировать гипотермию у новорожденного). Осмотр зевановорожденных проводят одноразовым шпателем.
3.7.8При отделениях предусматриваются помещения для фильтра (опрос, осмотр итермометрия), переодевания и отдыха приходящих матерей (других родственников поуходу). Матери (другие родственники), перед входом в отделения надевают чистуюсменную одежду, допускается использование чистой домашней одежды. В отделениязапрещается приводить несовершеннолетних детей.
3.7.9Каждый случай инфекционного заболевания (врожденного и постнатального), в томчисле вызванного условно патогенными микроорганизмами, у ребенка, поступившегоили находящегося в ОРИТН или ОПНН, подлежит учету и регистрации в установленномпорядке.
3.7.10ОПНН должно быть организовано преимущественно по принципу совместногопребывания матери и ребенка. В ОРИТН дети находятся без матерей, но допускаетсяпосещение ребенка родителями.
3.7.11 Матери, находящиеся в отделении совместно сребенком, не должны посещать другие палаты отделения или другие отделенияперинатального центра. В палатах ОРИТН и ОПНН запрещается хранить продуктыпитания, сумки, верхнюю одежду, пользоваться посторонними электроприборами,мобильными телефонами.

## 4. Организация и проведение дезинфекционныхи стерилизационных мероприятий

4.1С целью профилактики и борьбы с ВБИ в акушерских стационарах проводятсядезинфекционные и стерилизационные мероприятия в соответствии с требованиямиглав I и II.
4.2В акушерских стационарах дезинфекции подлежат объекты, которые могут бытьфакторами 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.
4.3Дезинфекция кувезов (инкубаторов).
4.3.1Дезинфекцию кувезов проводят дезинфицирующими средствами, в инструкциях попримененению которых есть рекомендации по обеззараживанию кувезов.
4.3.2Для дезинфекции кувезов не допускается применение хлорактивных средств, а такжесредств, содержащих в своем составе альдегиды, фенол и его производные.
4.3.3Дезинфекцию наружных поверхностей кувезов с целью профилактики ВБИ осуществляютежедневно одновременно с проведением текущих уборок по режиму, обеспечивающемугибель грамотрицательных и грамположительных бактерий.
4.3.4Обработку внутренних поверхностей и приспособлений кувезов проводят по типузаключительной дезинфекции в отдельном хорошо проветриваемом помещении,оснащенном ультрафиолетовыми облучателями. Обеззараживание внутреннихповерхностей и приспособлений кувезов проводят перед поступлением ребенка.
4.3.5Обработку кувезов проводят после перевода новорожденного или не реже 1 раза в 7дней. Обработку кувезов следует проводить с учетом документации по эксплуатациикувеза, прилагаемой к конкретной модели.
4.3.6Перед обработкой кувеза его необходимо выключить, опорожнить водяной бачокувлажнителя, в случаях, предусмотренных инструкцией по эксплуатации кувеза,поменять фильтры отверстия кабины, через которое в кувез поступает воздух.
4.3.7Дезинфекцию поверхностей кувезов проводят способом протирания, различныхприспособлений - погружением в растворы дезинфицирующих средств по режимам(концентрация раствора, время дезинфекционной выдержки), рекомендованным дляпрофилактики и борьбы с бактериальными, вирусными и грибковыми инфекциями,выбирая из них наиболее жесткий для данного средства (более высокиеконцентрации рабочих растворов и более длительное время обеззараживания) споследующим промыванием водой в соответствии с режимами отмыва,рекомендованными для изделий медицинского назначения.
4.3.8После дезинфекции кувеза остатки дезинфицирующего раствора следует удалитьмногократным протиранием (смыванием) стерильными салфетками или стерильнойпеленкой, обильно смоченными стерильной водой (100-150 мл). После каждогосмывания необходимо поверхности вытирать насухо. По окончании обработки кувезыследует проветривать в течение времени, рекомендованном для конкретногоиспользуемого средства.
Закончивобработку, кувез закрывают крышкой и включают аппарат. Перед тем, как поместитьребенка, увлажняющую систему кувеза заливают стерильной дистиллированной водой.
4.4.Дезинфекция объектов больничной среды.

4.4.1В помещениях различных структурных подразделений акушерского стационарапроводят текущие и генеральные уборки.
4.4.1.1При проведении текущих уборок с применением растворов дезинфицирующего средства(профилактическая дезинфекция при отсутствии ВБИ или текущая дезинфекция приналичии ВБИ) поверхности в помещениях, приборов, оборудования и др.дезинфицируют способом протирания. Для этих целей целесообразно использоватьдезинфицирующие средства с моющими свойствами, что позволяет объединитьобеззараживание объекта с его мойкой. При необходимости экстренной обработкинебольших по площади или труднодоступных поверхностей возможно применение дезинфицирующихсредств в готовой форме, например, на основе спиртов с коротким временемобеззараживания (способом орошения с помощью ручных распылителей) или способомпротирания растворами дезинфицирующих средств, или готовыми к применениюдезинфицирующими салфетками.
4.4.1.2Текущие уборки в помещениях проводят по режимам, обеспечивающим гибельбактериальной микрофлоры, при появлении в стационаре ВБИ - по режиму,эффективному в отношении возбудителя соответствующей инфекции. При дезинфекцииобъектов, загрязненных кровью и другими биологическими субстратами,представляющими опасность в распространении парентеральных вирусных гепатитов иВИЧ-инфекции, следует применять дезинфицирующие средства по противовирусномурежиму.
4.4.1.3Генеральные уборки в операционных блоках, родильных залах, перевязочных,процедурных, манипуляционных, стерилизационных проводят дезинфицирующимисредствами с широким спектром антимикробного действия по режимам,обеспечивающим гибель бактерий, вирусов и грибов рода Кандида.
4.4.1.4Генеральные уборки в палатных отделениях, врачебных кабинетах,административно-хозяйственных помещениях, отделениях и кабинетах физиотерапии ифункциональной диагностики и др. проводят дезинфицирующими средствами порежимам, рекомендованным для профилактики и борьбы с бактериальными инфекциями.
4.4.2В присутствии пациентов запрещается обеззараживание поверхностей растворамидезинфицирующих средств способом орошения, а также применение способомпротирания дезинфицирующих средств, обладающих раздражающим действием, сенсибилизирующимисвойствами.
4.4.3При проведении заключительной дезинфекции следует применять средства с широкимспектром антимикробного действия. Обработку поверхностей осуществляют способамипротирания или орошения (с помощью распылителей, гидропульта и другихраспыливающих устройств).
4.4.4Заключительную дезинфекцию проводят в отсутствие пациентов, при этом персонал,выполняющий обработку, должен использовать средства индивидуальной защиты,рекомендуемые в инструкциях по применению каждого конкретного средства.
4.4.5Воздух 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 числерециркуляторов, позволяющих проводить обеззараживание воздуха в присутствиилюдей;
-аэрозолями дезинфектантов (в отсутствие людей) с помощью специальнойраспыливающей аппаратуры и использованием ДС, имеющих разрешение на такойспособ применения при проведении дезинфекции по типу заключительной ипроведении генеральных уборок;
-озоном с помощью установок-генераторов озона в отсутствие людей при проведениидезинфекции по типу заключительной.

4.4.6Предметы ухода за пациентами (медицинские термометры, кислородные маски, рожкиот кислородной подушки, баллоны для отсасывания слизи, подкладные клеенки,судна, резиновые клизмы, тазики эмалированные и др.) обеззараживают способомпогружения в раствор дезинфицирующего средства с последующим промыванием водой.Чехлы матрацев из полимерной пленки и клеенки обеззараживают способомпротирания тканевой салфеткой, смоченной раствором дезинфицирующего средства.Для обработки предметов ухода за пациентами возможно использованиемоюще-дезинфицирующих установок, разрешенных для применения в установленномпорядке.
4.4.7Баночки для сбора молока, молокоотсосы, стеклянные воронки, соски дляноворожденных, перед стерилизацией тщательно моют с применением моющих средств,разрешенных для мытья посуды, и ополаскивают проточной питьевой водой. Сеткидля молочной посуды обеззараживают способом протирания тканевой салфеткой,смоченной раствором дезинфицирующего средства.
4.4.8Посуду столовую и чайную в акушерском стационаре обрабатывают в соответствиидействующими нормативными документами. Механическая мойка посуды на специальныхмоечных машинах проводится в соответствии с прилагающимися инструкциями по ихэксплуатации. Мытье посуды ручным способом осуществляют в трехсекционных ваннахдля столовой посуды и двухсекционных - для стеклянной посуды и столовыхприборов. Посуду освобождают от остатков пищи, моют с применением моющихсредств, погружают в дезинфицирующий раствор и после экспозиции промывают водойи высушивают. При обработке посуды по эпидемиологическим показаниям столовуюпосуду освобождают от остатков пищи и погружают в дезинфицирующий раствор,используя режим дезинфекции, рекомендованный для соответствующей инфекции.После дезинфекции посуду тщательно промывают водой и высушивают.
4.4.9Обеззараживание загрязненных выделениями и биологическими жидкостями изделий изтекстильных материалов (нательного и постельного белья, полотенец, подкладныхпеленок, спецодежды медицинского персонала) осуществляют в прачечных путемзамачивания в растворах ДС перед стиркой или в процессе стирки с использованиемразрешенных для этих целей ДС в стиральных машинах проходного типа по программестирки обработки белья в медицинских учреждениях. Белье от новорожденных обрабатываюткак инфицированное.

## 5. Эпидемиологический надзор завнутрибольничными инфекциями

5.1.Общие положения.
5.1.1Эпидемиологический надзор за ВБИ и организация проведения профилактических ипротивоэпидемических мероприятий осуществляется госпитальным эпидемиологом(заместителем главного врача по санитарно-эпидемиологическим вопросам, при егоотсутствии - заместителем главного врача по лечебной работе).
5.1.2Контроль за проведением противоэпидемических и профилактических мероприятийпроводят органы, уполномоченные осуществлять государственныйсанитарно-эпидемиологический надзор.
5.1.3Эпидемиологический 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.
5.1.4На основании данных эпидемиологического надзора разрабатываются и реализуютсяпрофилактические и противоэпидемические мероприятия, проводится оценка ихэффективности.

5.2.Выявлениеи учет внутрибольничных инфекций.
5.2.1Заболевания новорожденных инфекциями, вызванные условно патогенной флорой ивыявленные в период пребывания в акушерском стационаре и/или в течение 7 днейпосле выписки, подлежат учету по данному стационару.
Генерализованныеформы (сепсис, остеомиелит, менингит) учитываются за стационаром в течениемесяца после рождения.
5.2.2Заболевания родильниц инфекциями, вызванные условно патогеннымимикроорганизмами и связанные с родами (эндометрит, гнойный мастит, сепсис,перитонит и др.), выявленные в период пребывания в акушерском стационаре и/илив течение 30 дней после родов, подлежат учету за акушерским стационаром.
5.2.3Независимо от внутрибольничного (ВБИ) или внутриутробного (ВУИ) характеразаражения, новорожденный с признаками гнойно-воспалительного заболевания представляетсобой источник инфекции, требующий незамедлительной изоляции и госпитализации вдругой профильный стационар, а также проведения комплекса мероприятий,предусмотренного в данных случаях.
5.2.4Вопрос о внутриутробном характере заражения решается при участии госпитальногоэпидемиолога.
5.2.5Учет и организация сбора информации об инфекционной заболеваемостиноворожденных и родильниц осуществляется не только в акушерских стационарах, нои в детских больницах и поликлиниках, хирургических и гинекологическихотделениях, женских консультациях, патологоанатомических отделениях и пр. Всеэти учреждения должны оперативно сообщать по телефону в течение 12 часов обустановленном или предварительном диагнозе ВБИ (ВУИ) у новорожденного и/илиродильницы в органы, осуществляющие государственныйсанитарно-эпидемиологический надзор.
5.2.6Органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор, втечение 12 часов передают информацию об инфекционных заболеваниях новорожденныхи родильниц в акушерские стационары по месту родов для организации и проведенияпротивоэпидемических мероприятий.
5.2.7Госпитальный эпидемиолог совместно с заведующими структурными подразделениямипроводит активное выявление ВБИ путем проспективного наблюдения, котороезаключается в следующем:
-контроль за выявлением и оперативной (ежедневной) регистрацией инфекционныхзаболеваний;
-получение ежедневной информации от всех функциональных подразделений родильногодома (отделения) о случаях инфекционных заболеваний среди новорожденных иродильниц, нарушениях санитарно-эпидемиологического режима, результатахбактериологических исследований;
-расследование причин их возникновения и информация руководства для принятиянеотложных мер.
5.2.8Учет и регистрация заболеваний новорожденных и родильниц, вызванныхусловно-патогенными микроорганизмами, осуществляется в соответствии с кодамиМКБ-10 (приложение15). Учет и регистрация заболеваний новорожденных и родильниц, вызванных"классическими" микроорганизмами проводят согласно требованиямсоответствующих нормативных документов.
5.3.Эпидемиологический анализ заболеваемости.
5.3.1Эпидемиологический анализ предусматривает изучение уровня, структуры, динамикизаболеваемости ВБИ для оценки эпидемиологической ситуации в родильном доме(акушерском отделении) и разработки комплекса противоэпидемических мероприятий.
5.3.2Оперативный (текущий) анализ заболеваемости ВБИ проводят на основании данныхежедневной регистрации инфекционных заболеваний по первичным диагнозам. В

ходеоперативного анализа заболеваемости проводится оценка текущей эпидемиологическойобстановки и решается вопрос о благополучии или осложнении в эпидемиологическойобстановки, адекватности проводимых мер или необходимости их усиления.
5.3.3Оперативный анализ заболеваемости должен проводиться с учетом:
-даты родов;
-сроков возникновения заболевания;
-локализации патологического процесса;
-этиологии;
-видам медицинских вмешательств;
-перемещения в пределах стационара (из палаты в палату, из отделения вотделение);
-даты выписки или перевода в другой стационар;
-длительности пребывания в стационаре.
5.3.4Групповыми заболеваниями следует считать появление 5 и более внутрибольничныхзаболеваний новорожденных и родильниц (суммарно), возникающих в пределахколебаний одного инкубационного периода и связанных одним источником инфекции иобщими факторами передачи.
5.3.5Ретроспективный анализ заболеваемости ВБИ новорожденных и родильницпредусматривает:
-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 иэтиологии;
-анализ оперативных и других вмешательств и частоты заболеваний, связанных сними (стратифицированные показатели);
-анализ динамики соотношения локализованных и генерализованных форм;
-определение удельного веса групповых заболеваний и анализ вспышечнойзаболеваемости;
-анализ летальности по локализации патологического процесса и этиологии.
5.3.6Для выявления закономерностей эпидемического процесса, основных источниковинфекции, ведущих путей и факторов передачи проводят ретроспективный анализ заболеваемостиноворожденных и родильниц, который является основой для разработкипрофилактических и противоэпидемических мероприятий, адекватных конкретнойэпидемиологической обстановке в данном акушерском стационаре (отделении).
5.3.7Ретроспективный анализ заболеваемости медицинского персонала позволяетопределить круг источников инфекции и провести мероприятия, направленные наограничение их роли в распространении ВБИ.
5.3.8Наиболее значимыми источниками инфекции являются больные манифестными формами инфекцийи носители антибиотикорезистентных штаммов микроорганизмов, а также медицинскийперсонал с патологией носоглотки (гаймориты, синуситы и др.), мочевыводящеготракта (вялотекущие пиелонефрит, цистит), желудочно-кишечного тракта(гастроэнтерит, энтероколит), кожи и подкожной клетчатки (гнойно-воспалительныепроцессы). По результатам диспансеризации медицинского персонала выявляютсялица с хроническими инфекционными заболеваниями и при необходимости проводят ихлечение.
5.4.Микробиологический мониторинг.
5.4.1Микробиологический мониторинг осуществляется акушерским стационаром (приотсутствии соответствующих лабораторий - по договорам с аккредитованнымиорганизациями).

5.4.2При проведении микробиологических исследований должны преобладать исследования поклиническим показаниям, направленные на расшифровку этиологии ВБИ и определениетактики лечения.
Микробиологическомуисследованию в первую очередь подлежат материалы из патологических локусовноворожденных и родильниц.
5.4.3Объем санитарно-бактериологических исследований определяется эпидемиологическойнеобходимостью, исследования проводятся в плановом порядке и поэпидемиологическим показаниям.
Вплановом порядке проводят:
-исследования лекарственных форм (для инъекций, обработки кожи и слизистых новорожденных),контроль стерильности изделий медицинского назначения, в том числе расходныхматериалов для аппаратов ИВЛ - за исключением лекарственных форм и стерильныхизделий промышленного изготовления;
-детские питательные смеси и растворы для питья;
-контроль микробиологической чистоты воздуха в операционных и других помещенияхкласса чистоты А, В и С;
-контроль качества текущей дезинфекции (кувезы, предметы и изделия медицинскогоназначения, подготовленные к использованию у пациентов);
-выборочный контроль гигиены рук медицинского персонала.
Санитарно-бактериологическиеисследования проводят в соответствии с планом производственного контроля,утвержденным руководителем организации, но не реже 1 раз в 6 месяцев.
Поэпидемиологическим показаниям перечень и объем исследований определяется всоответствии с конкретной эпидемиологической обстановкой.
5.4.4При расшифровке этиологической структуры ВБИ новорожденных и родильницнеобходимо учитывать не только данные лабораторных исследований, полученные вовремя пребывания в родильном доме, но и сведения, поступающие из детскойполиклиники, больницы, женской консультации, гинекологических и хирургическихотделений.
Сведенияо микробиологическом подтверждении или изменении диагноза в течение 12 часовпередаются в органы, осуществляющие государственныйсанитарно-эпидемиологический надзор для последующего информирования акушерскихстационаров.
5.4.5Микробиологическое обследование медицинского персонала проводится поэпидемиологическим показаниям.
5.4.6Для выявления госпитальных штаммов - возбудителей ВБИ - необходимо учитыватьданные внутривидового типирования.
5.5.Выявление групп и факторов риска.
5.5.1Группами 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 осложненияпредыдущей беременности, привычное невынашивание и др.);
-после оперативного родоразрешения (кесарево сечения);
-с кровотечениями в послеродовом периоде.
5.5.2К группам риска возникновения ВБИ среди новорожденных относятся:
-недоношенные;
-переношенные;
-родившиеся у матерей с хроническими соматическими и инфекционными заболеваниямиили 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.
5.5.3К 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 идлительность процедур. При абдоминальном родоразрешении важно учитывать вэкстренном или плановом порядке оно проводится.
5.5.4Назначение инвазивных процедур должно быть строго обосновано.
5.6.Определение предпосылок и предвестников эпидемиологического неблагополучия.
5.6.1Для успешной профилактики ВБИ, необходимо учитывать ряд предпосылок ипредвестников эпидемиологического неблагополучия в акушерском стационаре ипроводить целенаправленные профилактические мероприятия до начала осложненияэпидемической обстановки и появления групповых заболеваний.
5.6.2К 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, ИВЛи др.);
-смена вида циркулирующей микрофлоры у новорожденных и ее идентичность сизолятами, выделенными из внутрибольничной среды;
-выделение преимущественно одного вида возбудителя;
-появление микробных ассоциаций;
-увеличение количества изолированных культур и числа локусов, из которых онивыделяются;
-возникновение двух и более случаев заболеваний, эпидемиологически связанныхмежду собой;
-рост числа воспалительных заболеваний у родильниц, в том числе послеоперативных пособий в родах;
-рост числа воспалительных и инфекционных заболеваний среди медицинского персонала.
Своевременноевыявление вышеуказанных признаков позволяет оперативно провести необходимыемероприятия для предотвращения дальнейшего осложнения эпидемиологическойситуации.
5.6.3К предпосылкам, способствующим росту заболеваемости ВБИ, относятся нарушения ворганизации работы акушерского стационара, санитарно-техническом состоянии,материальном обеспечении и соблюдении противоэпидемического режима.
Неудовлетворительныеархитектурно-планировочные решения:
-недостаточный состав и площадь помещений;
-перекрест технологических потоков;
-отсутствие приточно-вытяжной вентиляции.
Нарушенияв организации работы:
-перегруз стационара;
-аварийные ситуации на водопроводной и канализационной системах, перебой вподаче горячей и холодной воды, нарушения в тепло- и энергоснабжении;
-нарушения в работе приточно-вытяжной вентиляции.

Недостаточноематериально-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.
Нарушенияпротивоэпидемического режима:
-несоблюдение цикличности заполнения палат;
-несвоевременный перевод новорожденных и родильниц в соответствующие стационары;
-повторное использование одноразовых медицинских изделий, неиндивидуальноеупотребление емкостей для питья, кормления, обработки кожных покровов и глаз;
-нарушения правил текущей и заключительной дезинфекции, стерилизации и пр.
5.6.4При выявлении предпосылок возникновения эпидемиологического неблагополучиягоспитальный эпидемиолог оперативно доводит всю информацию до сведения главноговрача родильного дома и организаций, осуществляющих государственныйсанитарно-эпидемиологический надзор. Принимаются меры по устранению нарушений.Усиливается весь комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий.
5.6.5При невозможности устранения предпосылок, в том числе при выявлении грубыхнарушений противоэпидемического режима ставится вопрос о прекращении работыродильного дома.
5.7.Оценка эффективности мер борьбы и профилактики.
Оценкаэффективности проводимых мероприятий проводится на основании состоянияэпидемиологической обстановки в акушерском стационаре. Оцениваться может каккомплекс проведенных мероприятий, так и отдельные меры. Эффективность отдельныхмероприятий целесообразно изучать при апробации новых форм и методов работы,испытании отдельных методик и препаратов.
5.8.Оценка эпидемиологической ситуации.
Анализвсей вышеприведенной информации дает возможность получить объективные данные обособенностях эпидемического процесса внутрибольничных инфекций у новорожденныхи родильниц в данном акушерском стационаре, основных причинах, обусловливающихзаболеваемость, оценить эпидемиологическую ситуацию и разработать комплексэффективных профилактических и противоэпидемических мероприятий.

## 6. Проведение расследования и ликвидациигрупповых внутрибольничных заболеваний среди новорожденных детей и родильниц

6.1К групповым заболеваниям (вспышкам) ВБИ новорожденных и родильниц относятся 5 иболее случаев, возникающих в пределах колебаний одного инкубационного периода(максимально 7 дней), связанных между собой одним источником инфекции и общимифакторами передачи.
6.2Расследование причин возникновения групповых заболеваний и срочное принятие мерпо их ликвидации проводится родовспомогательными учреждениями и органами,осуществляющими государственный санитарно-эпидемиологический надзор.
6.3При возникновении групповых заболеваний:
6.3.1Прекращается прием беременных и рожениц в акушерский стационар (отделение).
6.3.2Проводится комплексное эпидемиологическое расследование специалистами и врачамиорганов и учреждений, уполномоченных осуществлять государственныйсанитарно-эпидемиологический надзор, и госпитальным эпидемиологом с участиемнеонатолога, акушера-гинеколога, направленное на выяснение причин сложившегосянеблагополучия и разработку мероприятий по ликвидации групповых заболеваний.

6.3.3Решается вопрос о закрытии акушерского стационара (отделения) поэпидемиологическим показаниям, в установленном порядке направляетсявнеочередное донесение в Минздравсоцразвития России.
6.3.4Экстренно развертывается резервное помещение для приема рожениц и беременных.
6.3.5Определяется стационар для госпитализации заболевших детей с учетом созданиямаксимально благоприятных условий для их изоляции, организации круглосуточнойреанимационной помощи и интенсивной терапии.
6.3.6На основании результатов эпидемиологического расследования делается заключениео причинах группового заболевания, типе эпидемического процесса, источникахинфекции, ведущих путях и факторах передачи возбудителей инфекции, обусловившихвозникновение заболеваний. С учетом этого заключения разрабатывается иреализуется комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий полокализации и ликвидации групповых внутрибольничных заболеваний, включающихназначение средств специфической и неспецифической профилактики.

# V. Санитарно-гигиенические требования кстоматологическим медицинским организациям

## 1. Общие положения

1.1В целях соблюдения противоэпидемического режима врач должен работать всопровождении среднего медицинского персонала, осуществляющего обработкурабочих мест, дезинфекцию, а также, в случае отсутствия централизованнойстерилизационной, предстерилизационную очистку и стерилизацию изделиймедицинской техники и медицинского назначения.
1.2Требования к условиям труда и личной гигиене (в том числе, правила обработкирук) медицинского персонала принимаются в соответствии с главами Iи IIнастоящих правил.

## 2. Требования к размещению стоматологическихмедицинских организаций

2.1Стоматологические медицинские организации могут размещаться в отдельно стоящихзданиях, приспособленных и встроенных (встроенно-пристроенных) в здания жилогои общественного назначения помещениях, при условии соблюдения требованийсанитарных правил и нормативов.
2.2В жилых зданиях допускается размещать стоматологические кабинеты,стоматологические амбулаторно-поликлинические организации, в том числе имеющиев своем составе дневные стационары. Допускается размещение стоматологическихмедицинских организаций в цокольных этажах жилых зданий.
2.3Стоматологические медицинские организации, расположенные в жилых зданиях,должны иметь отдельный вход с улицы.
2.4Стоматологические медицинские организации размещаются в помещениях,оборудованных системами хозяйственно-питьевого холодного и горячеговодоснабжения и водоотведения (канализации).
2.5Размещение и эксплуатация рентгеновских кабинетов, аппаратов (в том числерадиовизиографов) регламентируются действующими нормативными документами ипунктом 7 настоящей главы.
2.6Устройство, оборудование и эксплуатация физиотерапевтических кабинетов,применение лазеров должны отвечать действующим нормативным документам.
2.7В подвальных помещениях, имеющих естественное или искусственное освещение,допускается размещение санитарно-бытовых помещений (гардеробные, душевые,складские), вентиляционных камер, компрессорных установок,стерилизационных-автоклавных.
2.8Для организации стоматологического приема детей выделяются отдельные кабинеты.Не допускается использование кабинетов взрослого приема для приема

детскогонаселения по графику. Для организации приема детей следует по возможностивыделять отдельный отсек с ожидальней и санузлом.
2.9Оказание медицинской помощи беременным проводится в медицинскихстоматологических организациях для взрослых или в стоматологических кабинетахженских консультаций.
2.10В стоматологических кабинетах площадь на основную стоматологическую установкудолжна 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.
2.11Оперативные вмешательства, для проведения которых осуществляется медицинскаядеятельность по анестезиологии и реаниматологии, проводятся в условияхоперационного блока. При этом оборудуется помещение для временного пребыванияпациента после операции. В операционной при необходимости обеспечивается подачамедицинских газов.
2.12Работа кабинета хирургической стоматологии организуется с учетом разделенияпотоков "чистых" (плановых) и "гнойных" вмешательств.Плановые вмешательства проводятся в специально выделенные дни с предварительнымпроведением генеральной уборки.
2.13Набор помещений определяется мощностью стоматологической медицинскойорганизации и видами деятельности. Минимальные площади помещений и ихминимальный набор представлены в приложении2.

## 3. Требования к внутренней отделке помещений

3.1Для внутренней отделки применяются материалы в соответствии с функциональнымназначением помещений.
3.2Стены стоматологических кабинетов, углы и места соединения стен, потолка и поладолжны быть гладкими, без щелей.
3.3Для отделки стен в кабинетах применяются отделочные материалы, разрешенные дляиспользования в помещениях с влажным, асептическим режимом, устойчивые кдезинфектантам. Стены операционной, кабинетов хирургической стоматологии истерилизационной отделываются на всю высоту глазурованной плиткой или другимиразрешенными для этих целей материалами.
3.4Стены основных помещений зуботехнической лаборатории окрашиваются красками илиоблицовываются панелями, имеющими гладкую поверхность; герметично заделываютсяшвы.
3.5Потолки стоматологических кабинетов, операционных, предоперационных,стерилизационных и помещений зуботехнических лабораторий окрашиваютсяводоэмульсионными или другими красками. Возможно использование подвесныхпотолков, если это не влияет на нормативную высоту помещения. Подвесные потолкидолжны быть выполнены из плит (панелей), имеющих гладкую неперфорированнуюповерхность, устойчивую к действию моющих веществ и дезинфектантов.
3.6Полы в стоматологических кабинетах должны иметь гладкое покрытие из материалов,разрешенных для этих целей.
3.7Цвет поверхностей стен и пола в помещениях стоматологических кабинетов изуботехнических лабораторий должен быть нейтральных светлых тонов, не мешающихправильному цветоразличению оттенков окраски слизистых оболочек, кожныхпокровов, крови, зубов (естественных и искусственных), пломбировочных изубопротезных материалов.
3.8При отделке стоматологических кабинетов, в которых применяется ртутнаяамальгама: стеныи потолки должны быть гладкими, без щелей и украшений; оштукатуренными(кирпичные) или затертыми (панельные) с добавлением 5 % порошка серы длясвязывания паров ртути в прочное соединение (сернистую ртуть) и окрашеннымиразрешенными для стоматологических кабинетов красками;

полыдолжны настилаться рулонным материалом, все швы свариваются, плинтус долженплотно прилегать к стенам и полу;
столикидля работы с амальгамой должны быть покрыты ртутьнепроницаемым материалом иметь бортики по краям, под рабочей поверхностью столиков не должно бытьоткрытых ящиков; разрешается использовать только амальгаму, выпускаемую вгерметически закрытых капсулах.

## 4. Требования к оборудованию

4.1В кабинетах с односторонним естественным освещением стоматологические креслаустанавливаются в один ряд вдоль светонесущей стены.
4.2При наличии нескольких стоматологических кресел в кабинете, они разделяютсянепрозрачными перегородками высотой не ниже 1,5 м.
4.3Отсутствие стерилизационной в стоматологической медицинской организациидопускается при наличии не более 3 кресел. В этом случае установкастерилизационного оборудования возможна непосредственно в кабинетах.
4.4Стоматологические кабинеты оборудуются раздельными или двухсекционнымираковинами для мытья рук и обработки инструментов. При наличии стерилизационнойи организации в ней централизованной предстерилизационной обработкиинструментария в кабинетах допускается наличие одной раковины. В операционномблоке раковины устанавливаются в предоперационной. В хирургических кабинетах,стерилизационных, предоперационых устанавливаются локтевые или сенсорныесмесители.
4.5Помещения зуботехнических лабораторий и стоматологических кабинетов, в которыхпроводятся работы с гипсом, должны иметь оборудование для осаждения гипса изсточных вод перед спуском в канализацию (гипсоуловители или др.).
4.6Кабинеты оборудуют бактерицидными облучателями или другими устройствамиобеззараживания воздуха, разрешенными для этой цели в установленном порядке.При использовании облучателей открытого типа выключатели должны быть выведеныза пределы рабочих помещений.

## 5. Требования к микроклимату, отоплению,вентиляции

5.1Системы отопления, вентиляции и кондиционирования воздуха должнысоответствовать нормам проектирования и строительства жилых и общественныхзданий и обеспечивать оптимальные параметры микроклимата и воздушной среды, вт.ч. по микробиологическим показателям.
5.2Поверхность нагревательных приборов должна быть гладкой, допускающей легкуюочистку и исключающей скопление микроорганизмов и пыли.
5.3В операционных, предоперационных, наркозных, послеоперационных следуетприменять нагревательные приборы с гладкой поверхностью, устойчивой кежедневному воздействию моющих и дезинфицирующих средств.
5.4На постоянных рабочих местах, где медицинский персонал находится свыше 50 %рабочего времени или более 2 ч непрерывной работы, должны обеспечиватьсяпараметры микроклимата в соответствии с таблицей 1.

Таблица 1

**Параметры микроклимата в помещенияхпостоянного пребывания сотрудников**

Сезон Температура, °СОтносительная влажность, % Скорость движения воздуха, м/с
Холодныйи 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

5.5Для мест временного пребывания работающих (специальные помещениязуботехнической лаборатории) параметры микроклимата представлены в таблице 2.

Таблица 2

**Параметры микроклимата в помещенияхвременного пребывания сотрудников**

Сезон Температура, °С Относительнаявлажность, % 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

5.6Проектирование и эксплуатация вентиляционных систем должны исключатьперетекание воздушных масс из "грязных" зон в "чистые".

5.7Содержание лекарственных средств и вредных веществ в воздухе стоматологическихмедицинских организаций не должны превышать предельно допустимые концентрации.

5.8Для обеспечения нормативных параметров микроклимата в производственныхпомещениях допускается устройство кондиционирования воздуха, в том числе спримененим сплит-систем, предназначенных для использования влечебно-профилактических учреждениях. Замену фильтров тонкой очистки необходимопроводить не менее 1 раза в 6 месяцев, если иное не предусмотренопроизводителем.

5.9В стоматологических медицинских организациях, общей площадью не более 500 кв.м, в помещениях класса чистоты Б и В (кроме операционных, рентгнекабинетов,кабинетов компьютерной и магнитно-резонансной томографии) допускаетсянеорганизованный воздухообмен за счет проветривания помещений черезоткрывающиеся фрамуги или естественная вытяжная вентиляция.

5.10Система вентиляции от производственных помещений медицинских организаций,размещенных в жилых зданиях, должна быть отдельной от жилого дома всоответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями к жилым зданиям ипомещениям.

5.11Автономные системы вентиляции должны предусматриваться для следующих помещений:операционных с предоперационными, стерилизационных, рентгенкабинетов(отдельных), производственных помещений зуботехнических лабораторий, санузлов.

5.12В помещениях зуботехнических лабораторий местные отсосы и общеобменную вытяжнуювентиляцию допускается объединить в одну вытяжную систему в пределах помещенийлабораторий или в помещении вентиляционной камеры. Допускается устройство общейобщеобменной приточной вентиляции для помещений лабораторий и других помещенийстоматологической медицинской организации, при этом подачу приточного воздуха впомещения лаборатории следует предусмотреть по самостоятельному воздуховоду,проходящему от вентиляционной камеры, с установкой на нем обратного клапана впределах вентиляционной камеры.

5.13В стоматологических кабинетах, не имеющих автономных вентиляционных каналов,допускается удаление отработанного воздуха от общеобменных систем вытяжнойвентиляции на наружную стену здания, через устройства, обеспечивающие очисткувоздуха от вредных химических веществ и запахов (фотокаталитические фильтры илидругие устройства).

5.14Технологическое оборудование зуботехнических лабораторий, в состав котороговходят секции для очистки удаляемого воздуха от данного оборудования, а такжеоборудование замкнутого цикла, не требует дополнительных местных отсосов.

5.15В зуботехнических лабораториях, в зависимости от технологической части проекта,предусматриваются местные отсосы от рабочих мест зубных техников, шлифовальныхмоторов, в литейной над печью, в паяльной, над нагревательными

приборами ирабочими столами в полимеризационной. Воздух, выбрасываемый в атмосферу,следует очищать в соответствии с технологической характеристикой оборудования иматериалов. Системы местных отсосов следует проектировать автономными от системобщеобменной вытяжной вентиляции стоматологических медицинских организаций.
5.16Зуботехнические лаборатории на 1 или 2 рабочих места, в которых выполняютсяработы, не сопровождающиеся выделением вредных веществ (например: нанесение иобжиг керамической массы, обточка и другие работы), допускается размещать вжилых и общественных зданиях. Допускается неорганизованный воздухообмен впомещении путем проветривания через фрамуги или с помощью естественной вытяжнойвентиляции с 2-кратным воздухообменом через автономный вентиляционный канал свыходом на кровлю или наружную стену без световых проемов.
5.17В кабинетах, оснащенных рентгенологическим оборудованием (включаярадиовизиографы), требования к вентиляции и кратности воздухообмена выполняютсяпо технологическому разделу проектной документации, согласованной вустановленном порядке.
5.18В помещениях, к которым предъявляются требования асептических условий,предусматривается скрытая прокладка воздуховодов, трубопроводов, арматуры.
5.19Вне зависимости от наличия систем принудительной вентиляции во всех кабинетах ипомещениях, за исключением операционных, должно быть предусмотрено наличиелегко открывающихся фрамуг.
5.20В помещениях должны соблюдаться нормируемые показатели микробной обсемененностивоздушной среды.
5.21Обслуживание систем вентиляции и кондиционирования воздуха и профилактическийремонт проводятся ответственным лицом или по договору со специализированнойорганизацией.
5.22Устранение возникающих неисправностей и дефектов в системе вентиляции должнопроводиться безотлагательно.

## 6. Требования к естественному иискусственному освещению

6.1Все стоматологические кабинеты и помещения зуботехнических лабораторий(постоянные рабочие места) должны иметь естественное освещение.
6.2Во вновь создаваемых стоматологических медицинских организациях окнастоматологических кабинетов, по возможности, следует ориентировать на северныенаправления (С, СВ, СЗ) во избежание значительных перепадов яркостей на рабочихместах за счет попадания прямых солнечных лучей, а также перегрева помещений влетнее время, особенно в южных районах.
6.3На северные направления, по возможности, должны быть ориентированы основныепомещения и литейные зуботехнической лаборатории для предупреждения перегревапомещений в летнее время.
6.4В существующих стоматологических медицинских организациях, имеющих ориентациюокон, не соответствующую указанным в пунктах 6.2 и 6.3, рекомендуется прибегатьк использованию солнцезащитных приспособлений (козырьки, солнцезащитные пленки,жалюзи). В операционных и хирургических кабинетах солнцезащитные средства типажалюзи размещаются между оконными рамами.
6.5Коэффициент естественного освещения на постоянных рабочих местах во всехстоматологических кабинетах и основных помещениях зуботехнической лабораториидолжен соответствовать гигиеническим требованиям, установленным действующимисанитарными нормативами.
6.6При установке стоматологических кресел в два ряда в существующих кабинетах состоронним естественным освещением следует пользоваться искусственным светомв течение рабочей смены, а врачи должны периодически меняться своими рабочимиместами.

6.7Расположение столов зубных техников в основных помещениях зуботехническойлаборатории должно обеспечивать левостороннее естественное освещение рабочихмест.
6.8Все помещения стоматологических медицинских организаций должны иметь общееискусственное освещение.
6.9Для общего люминесцентного освещения во всех стоматологических кабинетах иосновных помещениях зуботехнической лаборатории рекомендуются лампы со спектромизлучения, не искажающим цветопередачу.
6.10Светильники общего освещения должны размещаться с таким расчетом, чтобы непопадать в поле зрения работающего врача.
6.11Рекомендуемые уровни освещенности рабочих поверхностей, принимаются всоответствии с главойI.
6.12Стоматологические кабинеты, основные и полировочные помещения зуботехническойлаборатории кроме общего должны иметь и местное освещение в виде:
стоматологическихсветильников на стоматологических установках;
специальных(желательно бестеневых) рефлекторов для каждого рабочего места хирурга;
бестеневыхрефлекторов в операционных;
светильниковна каждом рабочем месте зубного техника в основных и полировочных помещениях.
6.13Уровень освещенности от местных источников не должен превышать уровень общегоосвещения более чем в 10 раз.
6.14Светильники местного и общего освещения должны иметь соответствующую защитнуюарматуру, предусматривающую их влажную очистку и предохраняющую органы зренияперсонала от слепящего действия ламп.

## 7. Обеспечение радиационной безопасности приразмещении и эксплуатации рентгеновских аппаратов и кабинетов

7.1.Общие требования к размещению рентгеновских аппаратов в стоматологических медицинскихорганизациях.
7.1.1Основные требования к размещению и эксплуатации рентгеновских аппаратов должнысоответствовать положениям действующих санитарных правил, которые определяютосновные критерии радиационной защиты, требования к рентгеновскому оборудованиюи персоналу, основные требования к размещению рентгеновских аппаратов и ихэксплуатации. В настоящей главе детализированы требования к размещению иэксплуатации рентгеновских аппаратов в стоматологических медицинскихорганизациях.
Припроведении рентгенологических исследований должен быть обеспечен учет ирегистрация доз облучения пациентов и персонала, которые должны быть отражены врадиационно-гигиеническом паспорте организации и в формах государственнойежегодной статистической отчетности.
Дляпроведения рентгенологических исследований должна быть оформлена лицензия наосуществление деятельности с источником ионизирующего излучения.
7.1.2На этапе организации деятельности с источниками ионизирующих излучений (ИИИ)осуществляется выбор помещений, в которых будут проводиться рентгенологическиеисследования: либо в отдельном рентгеновском, либо стоматологическом кабинете сустановленным рентгеновским аппаратом. На этом этапе также определяетсяколичество и вид рентгеновских аппаратов, площади и набор помещений для ихразмещения, а также необходимые дополнительные условия (освещение, вентиляция,электроснабжение, отопление, канализация). Выбранная схема размещениярентгеновского аппарата (в отдельном рентгеновском или стоматологическомкабинете) оформляется в виде технического задания на проектирование.
7.2.Особенности размещения рентгеновских аппаратов в отдельном рентгеновскомкабинете.

7.2.1 Размещение рентгеновских аппаратов в рентгеновскихкабинетах осуществляется на основании проекта. Разработка проекта проводитсяпроектной организацией, имеющей лицензию на соответствующий вид деятельности,на основании технического задания заказчика. На проект оформляетсясанитарно-эпидемиологическое заключение в установленном порядке. Ввод вэксплуатацию и эксплуатация рентгеновских кабинетов, аппаратов производится всоответствии с гигиеническими требованиями к устройству и эксплуатациирентгеновских кабинетов, аппаратов и проведению рентгенологическихисследований.
7.2.2Устройство кабинета должно обеспечивать выполнение требований технической инормативной документации.
7.2.3Пол кабинета выполняется из непроводящих электрический ток материалов,натуральных или искусственных (линолеум, натуральный или искусственный камень,керамическая плитка и т.п.).
7.2.4Организация воздухообмена в рентгеновском кабинете должна обеспечиватьподдержание показателей микроклимата (температура, влажность) в соответствии сдействующими гигиеническими нормативами и может обеспечиваться различнымисредствами (устройство приточно-вытяжной вентиляции, установка оконныхвентиляторов, кондиционирование).
7.2.5Персонал рентгеновского кабинета относится к группе "А"*(11)и на него распространяются специальные требования, предусмотренные действующимисанитарными правилами.
7.3.Особенности размещения рентгеновских аппаратов в стоматологическом кабинете.
7.3.1В стоматологическом кабинете может размещаться рентгеновский аппарат дляприцельных снимков с цифровым приемником изображения, не требующимфотолабораторной обработки, и с рабочей нагрузкой до 40 (мА´мин)/неделя. Размещение ортопантомографав стоматологическом кабинете не разрешается. Рентгеновский аппарат встоматологическом кабинете предназначен только для обслуживания пациентовданного кабинета. Дополнительные площади для размещения рентгеновского аппаратав стоматологическом кабинете, соответствующем санитарным нормативам, нетребуются. Также не предъявляются дополнительные требования по освещению,вентиляции, отоплению.
7.3.2Размещение рентгеновского аппарата в стоматологическом кабинете допускаетсяпроводить на основе проектных материалов, содержащих:
схемуразмещения рентгеновского аппарата;
расчетрадиационной защиты рабочих мест персонала, смежных помещений, мест размещениядругих пациентов (если в кабинете при проведении рентгенологическогоисследования могут находиться другие пациенты), прилегающей территории.
7.3.3Защита персонала может осуществляться расстоянием, временем, экранами(установка защитной ширмы), применением средств индивидуальной защиты (защитныефартуки, очки и другие).
7.3.4Работники, проводящие рентгенологические исследования пациентов, относятся кперсоналу группы "А". Остальные работники, рабочие места которыхнаходятся в стоматологическом кабинете, в котором проводятся рентгенологическиеисследования, относятся к персоналу группы Б. На них распространяютсятребования к персоналу, установленные основными санитарными правиламиобеспечения радиационной безопасности.
7.3.5 Если при проведении рентгенологическихисследований в стоматологическом кабинете могут находиться не участвующие в нихпациенты, в местах их нахождения мощность дозы рентгеновского излучения,приведенная к стандартной рабочей нагрузке рентгеновского аппарата, не должнапревышать 1,0 мкЗв/ч. Для выполнения этого условия,

при необходимости, могутиспользоваться стационарные или передвижные средства радиационной защиты.
7.4.Основные этапы реализации требований обеспечения радиационной безопасности привводе аппаратов в эксплуатацию, оформлении и продлении действия лицензии.
7.4.1Для реализации требований санитарных правил администрация должна обеспечитьпроведение комплекса мероприятий по соблюдению требований радиационнойбезопасности и оформлению документов:
-лицензия на деятельность с источниками ионизирующих излучений;
-санитарно-эпидемиологическое заключение на деятельность с источникамиионизирующих излучений (ИИИ);
-санитарно-эпидемиологическое заключение на рентгеновский аппарат или егозаверенная копия;
-заверенная копия свидетельства о государственной регистрации рентгеновскогоаппарата;
-санитарно-эпидемиологическое заключение на проект (рентгеновский кабинет) илипроектные 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 наприлегающей 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-вытяжныхвентиляционных 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 медицинскойорганизации);
-наличие у сотрудников, работающих с рентгеновским аппаратом, документов,подтверждающих обучение правилам работы на аппарате;
-инструкция по охране труда и радиационной безопасности, предупреждению иликвидации радиационных аварий;
-журнал регистрации инструктажа на рабочем месте;
-карточки учета индивидуальных доз облучения персонала по результатаминдивидуального дозиметрического контроля персонала группы "А".

## 8. Санитарно-противоэпидемическиемероприятия

8.1.Требования к организации и проведению дезинфекционных и стерилизационныхмероприятий.
8.1.1Мероприятии по дезинфекции и стерилизации в стоматологических медицинскихорганизациях выполняются в соответствии с главами IиIIнастоящих правил.
8.1.2Все стоматологические кабинеты должны быть обеспечены изделиями медицинскойтехники и медицинского назначения в количестве, достаточном для бесперебойнойработы с учетом времени, необходимого для их обработки между манипуляциями упациентов: на каждое рабочее место врача-стоматолога - не менее 6 наконечников(по два угловых, прямых, турбинных), на каждое посещение - индивидуальныйсмотровой стоматологический комплект, состоящий из набора инструментов (лоток,зеркало стоматологическое, пинцет зубоврачебный, зонд стоматологический), пакетс ватными валиками, пакет с пинцетом (для работы со

стерильными инструментами,необходимыми для каждого пациента). При необходимости набор доукомплектовываютдругими инструментами (зонд стоматологический пуговчатый, зондпародонтологический градуированный, гладилки, шпатель, экскаваторы и др.).
8.1.3Стерильные изделия выкладывают на стоматологический столик врача (на стерильныйлоток или стерильную салфетку) непосредственно перед манипуляциями уконкретного пациента.
Подрабочей поверхностью стола (на полке, в ящике), допускается размещать приборы иаппараты для проведения различных стоматологических манипуляций, пломбировочныематериалы.
8.1.4Нагрудные салфетки после каждого пациента подлежат смене. Одноразовые салфеткиутилизируются, многоразовые сдаются в стирку.
8.1.5Для ополаскивания рта водой используют одноразовые или многоразовые стаканыиндивидуально для каждого пациента.
8.2.Требования к санитарному содержанию помещений.
8.2.1Влажную уборку помещений проводят не менее двух раз в день (между сменами ипосле окончания работы) с использованием моющих и дезинфицирующих средств (порежимам дезинфекции при бактериальных инфекциях) способами орошения и/илипротирания. Мытье оконных стекол должно проводиться не реже 1 раза в месяцизнутри и не реже 1 раза в 3 месяца снаружи (весной, летом и осенью).
8.2.2Дезинфекцию поверхностей предметов, находящихся в зоне лечения (столик дляинструментов, кнопки управления, клавиатура, воздушный пистолет, светильник,плевательница, подголовник и подлокотники стоматологического кресла) проводятпосле каждого пациента. Для этих целей используют дезинфицирующие средства,разрешенные к применению в присутствии пациентов, обладающие широким спектромантимикробного (вирулицидное, бактерицидное, фунгицидное - с активностью в отношениигрибов рода Кандида) действия. Выбор режимов дезинфекции проводят по наиболееустойчивым микроорганизмам - между вирусами или грибами рода Кандида (втуберкулезных медицинских организациях - по микобактериям туберкулеза).
8.2.3Один раз в неделю в операционном блоке, хирургическом кабинете,стерилизационной (автоклавной) проводят генеральную уборку помещений. Длядезинфекции применяют дезинфицирующие средства, обладающие широким спектромантимикробного (вирулицидное, бактерицидное, фунгицидное - с активностью вотношении грибов рода Кандида) действия. Выбор режимов дезинфекции проводят понаиболее устойчивым микроорганизмам - между вирусами или грибами рода Кандида(в туберкулезных медицинских организациях - по микобактериям туберкулеза).
Востальных подразделениях генеральную уборку проводят один раз в месяц,используя дезинфицирующие средства по режимам, эффективным в отношениивегетативных форм бактерий.
8.2.4При проведении текущих и генеральных уборок выполняются также требования глав Iи IIнастоящих правил
8.3.Дезинфекция, предстерилизационная очистка и стерилизация изделий медицинскойтехники и медицинского назначения.
8.3.1Изделия медицинской техники и медицинского назначения после применения подлежатдезинфекции независимо от дальнейшего их использования (изделия однократного имногократного применения). Дезинфекцию можно проводить физическими ихимическими методами. Выбор метода зависит от особенностей изделия и егоназначения.
8.3.2Для дезинфекции изделий медицинской техники и медицинского назначения применяютдезинфицирующие средства, обладающие широким спектром антимикробного(вирулицидное, бактерицидное, фунгицидное - с активностью в отношении грибоврода Кандида) действия. Выбор режимов дезинфекции проводят по

наиболееустойчивым микроорганизмам - между вирусами или грибами рода Кандида (втуберкулезных медицинских организациях - по микобактериям туберкулеза).
8.3.3При проведении дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизациирастворами химических средств изделия медицинского назначения погружают врабочий раствор средства (далее - раствор) с заполнением каналов и полостей.Разъемные изделия погружают в разобранном виде, инструменты с замковыми частямизамачивают раскрытыми, сделав этими инструментами в растворе несколько рабочихдвижений.
8.3.4Объем емкости для проведения обработки и объем раствора средства в ней должныбыть достаточными для обеспечения полного погружения изделий медицинскогоназначения в раствор; толщина слоя раствора над изделиями должна быть не менееодного сантиметра.
8.3.5Дезинфекцию способом протирания допускается применять для тех изделиймедицинской техники и медицинского назначения, которые не соприкасаютсянепосредственно с пациентом или конструкционные особенности которых непозволяют применять способ погружения (наконечники, переходники от турбинногошланга к наконечникам, микромотор к механическим наконечникам, наконечник к скелерудля снятия зубных отложений, световоды светоотверждающих ламп). Для этих целейне рекомендуется использовать альдегидсодержащие средства. Обработкунаконечников после каждого пациента допускается проводить следующим образом:канал наконечника промывают водой, прочищая с помощью специальныхприспособлений (мандрены и т.п.), и продувают воздухом; наконечник снимают итщательно протирают его поверхность (однократно или двукратно - до удалениявидимых загрязнений) тканевыми салфетками, смоченными питьевой водой, послечего обрабатывают одним из разрешенных к применению для этой целидезинфицирующих средств (с учетом рекомендаций фирмы-производителянаконечника), а затем в паровом стерилизаторе.
8.3.6После дезинфекции изделия медицинского назначения многократного применениядолжны быть отмыты от остатков дезинфицирующего средства в соответствии срекомендациями, изложенными в инструкции по применению конкретного средства.
8.3.7Дезинфекцию стоматологических оттисков, заготовок зубных протезов проводятпосле применения у пациентов перед направлением в зуботехническую лабораторию ипосле их получения из зуботехнической лаборатории непосредственно передприменением. Выбор дезинфицирующего средства обусловлен видом оттискногоматериала. После дезинфекции изделия промывают питьевой водой для удаленияостатков дезинфицирующего средства.
8.3.8Обеззараживание стоматологических отсасывающих систем проводят после окончанияработы, для чего через систему прокачивают раствор дезинфицирующего средства,рекомендованного для этих целей; заполненную раствором систему оставляют навремя, указанное в инструкции по применению средства. После окончаниядезинфекционной выдержки раствор из системы сливают и промывают ее проточнойводой.
8.3.9Полировочные насадки, карборундовые камни, предметные стекла подлежатдезинфекции, очистке и стерилизации.
8.3.10В физиотерапевтическом отделении дезинфекции подвергают съемные десневые иточечные электроды, тубусы к аппарату КУФ (коротковолновый ультрафиолетовыйоблучатель), световоды лазерной установки, стеклянные электроды к аппаратударсонвализации. Для аппликаций во рту используют стерильный материал.
8.3.11При наличии в стоматологической медицинской организации более трехстоматологических кресел, предстерилизационную очистку и стерилизацию

проводятв специально выделенных помещениях - стерилизационных (автоклавных), свыделением "чистых" и "грязных" зон и соблюдениемпоточности.
Востальных случаях предстерилизационную очистку и стерилизацию изделиймедицинского назначения допускается проводить в кабинетах, для чего в нихдолжно быть установлено необходимое оборудование.
Предстерилизационнуюочистку изделий осуществляют после дезинфекции или при совмещении сдезинфекцией в одном процессе (в зависимости от применяемого средства): ручнымили механизированным (в соответствии с инструкцией по эксплуатации, прилагаемойк конкретному оборудованию) способом.
8.3.12Качество предстерилизационной очистки изделий оценивают путем постановкиазопирамовой или амидопириновой пробы на наличие остаточных количеств крови, атакже путем постановки фенолфталеиновой пробы на наличие остаточных количествщелочных компонентов моющих средств (только в случаях применения средств,рабочие растворы которых имеют pH более 8,5) в соответствии с действующимиметодическими документами и инструкциями по применению конкретных средств.
8.3.13Контроль качества предстерилизационной очистки проводят ежедневно. Контролюподлежат: в стерилизационной - 1 % от каждого наименования изделий,обработанных за смену; при децентрализованной обработке - 1 % одновременнообработанных изделий каждого наименования, но не менее трех единиц. Результатыконтроля регистрируют в журнале.
8.3.14Стерилизации подвергают все инструменты и изделия, контактирующие с раневойповерхностью, кровью или инъекционными препаратами, а также отдельные видымедицинских инструментов, которые в процессе эксплуатации соприкасаются сослизистой оболочкой и могут вызвать ее повреждения:
-стоматологические инструменты: пинцеты, зонды, шпатели, экскаваторы, штопферы,гладилки, коронкосниматели, скеллеры, стоматологические зеркала, боры (в томчисле с алмазным покрытием) для всех видов наконечников, эндодонтическиеинструменты, штифты, стоматологические диски, фрезы, разделительныеметаллические пластинки, матрицедержатели, ложки для снятия оттисков,инструменты для снятия зубных отложений, пародонтальные хирургическиеинструменты (кюретки, крючки разных модификаций и др.), инструменты дляпломбирования каналов зуба (плагеры, спредеры), карпульные шприцы, различныевиды щипцов и кусачек для ортодонтического кабинета, пылесосы;
-ультразвуковые наконечники и насадки к ним, наконечники, съемные гильзымикромотора к механическим наконечникам, канюли к аппарату для снятия зубногоналета;
-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 состерильным материалом, в том числе пинцеты и емкости для их хранения.
8.3.15Стерилизацию изделий медицинского назначения, применяемых в стоматологии,осуществляют физическими (паровой, воздушный, инфракрасный, применение средынагретых стеклянных шариков) или химическими (применение растворов химическихсредств, газовый, плазменный) методами согласно действующим документам,используя для этого соответствующие стерилизующие агенты и типы оборудования,разрешенные к применению в установленном порядке. Выбор адекватного методастерилизации зависит от особенностей стерилизуемых изделий.
Стерилизациюосуществляют по режимам, указанным в инструкции по применению конкретногосредства и руководстве по эксплуатации стерилизатора конкретной модели.

Пристерилизации воздушным методом запрещается использование оборудования,относящегося к лабораторному (шкафы типа ШСС).
8.3.16Наконечники, в том числе ультразвуковые, и насадки к ним, эндодонтическиеинструменты с пластмассовыми хвостовиками стерилизуют только паровым методом.
8.3.17В гласперленовых стерилизаторах допускается стерилизовать боры различного видаи другие мелкие инструменты при полном погружении их в среду нагретыхстеклянных шариков. Не рекомендуется использовать данный метод для стерилизациииболее крупных стоматологических инструментов с целью стерилизации их рабочихчастей.
8.3.18Инфракрасным методом стерилизуют изделия из металлов: стоматологические щипцы,стоматологические микрохирургические инструменты, боры твердосплавные, головкии диски алмазные, дрильборы, каналонаполнители и другие.
8.3.19Химический метод стерилизации с применением растворов химических средствдопускается применять для стерилизации только тех изделий, в конструкциикоторых использованы термолабильные материалы, не позволяющие использоватьдругие методы стерилизации.
Дляхимической стерилизации применяют растворы альдегид- или кислородсодержащихсредств, или некоторых хлорсодержащих компонентов, обладающие спороцидныдействием.
Воизбежание разбавления рабочих растворов, особенно используемых многократно,погружаемые в них изделия должны быть сухими.
Пристерилизации растворами химических средств все манипуляции проводят, строгособлюдая правила асептики; используют стерильные емкости для стерилизации и отмыванияизделий стерильной питьевой водой от остатков средства. Изделия промываютсогласно рекомендациям, изложенным в инструкции по применению конкретногосредства.
8.3.20При паровом, воздушном, газовом и плазменном методах изделия стерилизуют вупакованном виде, используя стерилизационные упаковочные одноразовые материалыили многоразовые контейнеры (стерилизационные коробки с фильтрами), разрешенныепременительно к конкретному методу стерилизации в установленном порядке.
Хранениеизделий, простерилизованных в упакованном виде, осуществляют в шкафах, рабочихстолах. Сроки хранения указываются на упаковке и определяются видомупаковочного материала и инструкцией по его применению.
8.3.21Стерилизация изделий в неупакованном виде допускается только при децентрализованнойсистеме обработки в следующих случаях:
прииспользовании растворов химических средств для стерилизации изделий, вконструкции которых использованы термолабильные материалы;
пристерилизации стоматологических металлических инструментов термическими методами(гласперленовый, инфракрасный, воздушный, паровой) в портативныхстерилизаторах.
Всеизделия, простерилизованные в неупакованном виде, целесообразно сразуиспользовать по назначению. Запрещается перенос их из кабинета в кабинет.
Принеобходимости инструменты, простерилизованные в неупакованном виде одним изтермических методов, после окончания стерилизации допускается хранить вразрешенных к применению в установленном порядке бактерицидных (оснащенныхультрафиолетовыми лампами) камерах в течение срока, указанного в руководстве поэксплуатации оборудования, а в случае отсутствия таких камер - на стерильномстоле не более 6 ч. Изделия медицинского назначения, простерилизованные встерилизационных коробках, допускается использовать в течение не более чем 6 чпосле их вскрытия.

8.3.22Бактерицидные камеры, оснащенные ультрафиолетовыми лампами, допускаетсяприменять только с целью хранения инструментов для снижения риска их вторичнойконтаминации микроорганизмами в соответствии с инструкцией по эксплуатации.Запрещается применять такое оборудование с целью дезинфекции или стерилизациииинструментов.
8.3.23При стерилизации изделий в неупакованном виде воздушным методом не допускаетсяхранение простерилизованных изделий в воздушном стерилизаторе и ихиспользование на следующий день после стерилизации.
8.3.24При стерилизации химическим методом с применением растворов химических средствотмытые стерильной водой простерилизованные изделия используют сразу поназначению или помещают на хранение в стерильную стерилизационную коробку сфильтром, выложенную стерильной простыней, на срок не более 3 суток.
8.3.25Все манипуляции по накрытию стерильного стола проводят в стерильном халате,маске и перчатках, с использованием стерильных простыней. Обязательно делаютотметку о дате и времени накрытия стерильного стола. Стерильный стол накрываютна 6 ч. Не использованные в течение этого срока материалы и инструменты состерильного стола направляют на повторную стерилизацию.
8.3.26Не допускается использование простерилизованных изделий медицинского назначенияс истекшим сроком хранения после стерилизации.
8.3.27Учет стерилизации изделий медицинского назначения ведут в журнале.
8.3.28Контроль стерилизации осуществляется в соответствии с требованиями глав Iи IIнастоящих правил.

# VI. Санитарно-эпидемиологические требованияк устройству, оборудованию и эксплуатации фельдшерско-акушерских пунктов,амбулаторий

## 1. Общие положения

1.1Фельдшерско-акушерские пункты (ФАПы), амбулатории разворачиваются в сельскойместности, где отсутствует возможность или нет необходимости предусматриватьболее мощные медицинские организации.
1.2 Все действующие ФАПы, амбулатории должны иметьсанитарно-эпидемиологические заключения о соответствии санитарным правиламсогласно заявленным на лицензирование видам медицинской деятельности, работ иуслуг в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.
1.3Ввод в эксплуатацию реконструированных ФАПов, амбулаторий подвергшихсяперепланировке, перепрофилированию и переоборудованию, а также при временномиспользовании зданий и помещений под ФАПы, осуществляется при наличииисанитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам.

## 2. Гигиенические требования к размещению и территории

2.1ФАПы, амбулатории располагают на территории жилой застройки на расстоянии отобщественных, промышленных, коммунальных, хозяйственных и других организаций всоответствии с требованиями, предъявляемыми к планировке и застройке населенныхпунктов.
2.2Земельный участок должен быть сухим, чистым, вдали от источников загрязненияатмосферного воздуха. Не допускается размещать учреждения на загрязненныхтерриториях. Содержание токсичных и вредных веществ в почве и атмосферномвоздухе, уровни физических факторов не должны превышать гигиенические нормы.Территория ФАПов, амбулаторий должна быть благоустроена, озеленена, ограждена иосвещена, иметь удобные подъездные пути и парковочную стоянку для санитарноготранспорта.

2.3Допускается размещение ФАПов, амбулаторий в жилых и общественных зданиях. Приразмещении в жилых зданиях должен быть оборудован отдельный вход с улицы.

## 3. Гигиенические требования к зданиям,сооружениям и помещениям

3.1Состав и площади основных и вспомогательных помещений зависят от численностиобслуживаемого населения и определяться заданием на проектирование. Минимальныеплощади представлены в таблице 1.

Таблица 1

**Рекомендуемые минимальный набор и площадипомещений**

ФАП с обслуживанием до 800 человек ФАП/врачебная амбулаторияс обслуживанием более 800 человек

ожидальная- 10 м$^2$;

кабинетприема - не менее 12 м$_2$ (при установке гинекологического кресладополнительно 8 м$^2$);

процедурныйкабинет, совмещенный с прививочным по графику работы - не менее 12 м$^2$;

помещениедля хранения лекарственных средств 4 кв. м$^2$ ;

помещениеперсонала с раздевалкой - 4-6 м$^2$;

хранениеуборочного инвентаря, моющих и дезинфицирующих средств, чистого белья,временное хранение грязного белья организуется в специальных помещениях или вшкафах вне производственных помещений;

санузел;

ожидальная- 12 м$^2$;

кабинетприема - не менее 12 м$^2$;

процедурныйкабинет - не менее 10 м$^2$;

прививочныйкабинет не менее 10 м$^2$;

смотровойкабинет с гинекологическим креслом - не менее 10 м$^2$;

стерилизационная- не менее 6 м$^2$;

помещениедля хранения лекарственных средств 4 кв м$^2$;

помещениеперсонала с раздевалкой - 4-6 м$^2$;

помещениедля уборочного инвентаря, моющих и дезинфицирующих средств - не менее 2 м$^2$;помещение для хранения грязного белья не менее 2 м$^2$, санузел.

Примечание:для ФАПов, амбулаторий обслуживающих население, проживающее на удаленныхтерриториях, предусматривается помещение для временного пребывания больных догоспитализации. По заданию на проектирование набор и площади помещений могутбыть расширены.

3.2Допускается размещение ФАПов, амбулаторий в цокольных этажах зданий. Вподвальных помещениях, имеющих естественное или искусственное освещение,допускается размещение санитарно-бытовых помещений.

3.3Допускается совмещение туалетов для больных и персонала.

## 4. Требования к внутренней отделке помещений

4.1Для внутренней отделки помещений, используются материалы в соответствии с ихфункциональным назначением и разрешенные для применения в ЛПО в установленномпорядке.

4.2Поверхность стен, полов и потолков помещений должна быть гладкой, без дефектов(щелей, трещин, дыр и др.), легко доступной для влажной уборки и устойчивой прииспользовании моющих и дезинфицирующих средств.

4.3Стены лечебно-диагностических кабинетов с сухим режимом, вестибюлей и другихпомещений рекомендуется окрашивать красками или облицовывать панелями, имеющимигладкую поверхность с герметичной заделкой швов. Для окраски потолков можетприменяться известковая или водоэмульсионная побелка. Полы должны

обладатьповышенными теплоизоляционными свойствами (деревянные полы, окрашенныевлагостойкой краской, линолеум).
4.4Покрытия пола не должны иметь дефектов должны быть гладкими, плотно пригнаннымик основанию. При использовании линолеумных покрытий края линолеума у стендолжны быть заведены на стены или подведены под плинтуса или, которые должныбыть плотно закреплены между стеной и полом. Швы примыкающих друг к другулистов линолеума должны быть пропаяны.
4.5В помещениях с влажным режимом работы (прививочный, процедурный, санитарный узели др.) стены отделываются влагостойким материалом на всю высоту помещения.Потолки окрашиваться влагостойкими материалами. Для покрытия пола используютсяводонепроницаемые материалы и предусматривается гидроизоляция.
4.6В 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 окраскамасляной краской) на высоту 1,6 м от пола и на ширину не менее 20 см отоборудования и приборов с каждой стороны.

## 5. Требования к водоснабжению и канализации

5.1Здание ФАПов, амбулаторий должны быть оборудованы системой централизованноговодоснабжения или водопроводом от местных источников. При наличии собственногоисточника водоснабжения водопотребление на ФАПах, амбулаториях возможно приналичии санитарно-эпидемиологического заключения на данный источник. Висключительных случаях, при невозможности устройства водопровода, допускаетсяиспользование привозной воды в закрытых сменяемых емкостях, ежедневноподвергающихся мойке и дезинфекции. Качество воды для хозяйственно-питьевогоназначения должно соответствовать требованиям санитарных правил.
5.2 Медицинские кабинеты ФАПов, амбулаторийоборудуются горячим водоснабжением от централизованного или местного источника(допускается использование электронагревательных устройств проточного илинакопительного действия). На случай отключения централизованного горячеговодоснабжения для процедурных, перевязочных и других функциональных помещениях,требующих соблюдения особого противоэпидемического режима, предусматриваетсярезервный источник горячего водоснабжения.
5.3В процедурных, перевязочных кабинетах должны быть установлены умывальники длямытья рук с подводкой горячей и холодной воды оборудованные смесителями,дозаторами с жидким мылом и растворами антисептиков. В кабинетах, в которыхпроводится обработка инструментов, дополнительно предусматривается специальнаяраковина (или оборудуется 2-х секционная раковина). В кабинетахконсультативного приема, при отсутствии в здании водопровода, допускаетсяпроведение гигиенической обработки рук с помощью кожных антисептиков.
5.4Для удаления сточных вод предусматривается система канализации (допускаетсяиспользование выгребных септиков).

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

6.1Системы отопления, вентиляции должны обеспечивать оптимальные условиямикроклимата и воздушной среды помещений.
6.2Нагревательные приборы должны иметь гладкую поверхность, допускающую легкуюочистку.
6.3Здание ФАПов, амбулаторий оборудуются естественной вентиляцией (форточки,откидные фрамуги, оборудованные системой фиксации).

## 7. Гигиенические требования к естественномуи искусственному освещению

7.1Помещения ФАПов, амбулаторий с постоянным пребыванием пациентов и персоналадолжны иметь естественное освещение.
7.2Искусственная освещенность (общая и местная), источники света, типы лампринимаются в соответствии с действующими нормативными документами.
7.3Светильники общего освещения помещений, размещаемые на потолках, должны быть сосплошными (закрытыми) рассеивателями.
7.4В медицинских кабинетах необходимо устанавливать настенные или переносныесветильники для осмотра больного.

## 8. Требования к инвентарю и технологическомуоборудованию

8.1В производственных помещениях должна использоваться медицинская мебель.Наружная и внутренняя поверхность медицинской мебели должна быть гладкой ивыполнена из материалов, устойчивых к воздействию моющих, дезинфицирующих и средств.
8.2Расстановка медицинского и технического оборудования должна обеспечитьсвободный доступ при его эксплуатации и обработке.
8.3Поверхность сидений (стулья, скамьи, банкетки др.) для пациентов и персоналадолжна быть изготовлена из материалов с низкой теплопроводностью.
8.4Для обеззараживания воздуха и поверхностей кабинеты оборудуют бактерициднымиоблучателями или другими устройствами обеззараживания воздуха, разрешенными дляэтой цели в установленном порядке. При использовании облучателей открытого типавыключатели должны быть выведены за пределы рабочих помещений. Методыприменения ультрафиолетового бактерицидного излучения, правила эксплуатации ибезопасности бактерицидных установок (облучателей) должны соответствоватьгигиеническим требованиям.

## 9. Санитарно-противоэпидемическиемероприятия

9.1Медицинские работники должны выполнять мероприятия по профилактикевнутрибольничных инфекций, предусмотренные санитарными правилами.
9.2Все помещения, оборудование, медицинский и другой инвентарь должны содержатьсяв чистоте.
Влажнаяуборка помещений (обработка полов, мебели, оборудования, подоконников, дверей)должна осуществляться не менее 2-х раз в сутки с использованием моющих идезинфицирующих средств, разрешенных к использованию в установленном порядке. Мытьеоконных стекол должно проводиться по мере необходимости, но не реже 2 раз вгод. Уборочныйинвентарь (ведра, тазы, ветошь, швабры) должен иметь четкую маркировку суказанием помещений и видов уборочных работ, использоваться строго по назначению,обрабатываться и храниться в выделенном помещении (в шкафу вне медицинскихкабинетах).
9.3Генеральная уборка помещений с обработкой стен, полов, оборудования, инвентаря,светильников должна проводиться по графику не реже 1 раза в месяц. Генеральнаяуборка (мойка и дезинфекция), процедурных и других помещений с асептическимрежимом, проводится один раз в неделю.
9.4В случае выявления пациента с инфекционными заболеваниями (подозрением) послеего изоляции (госпитализации) проводится заключительная дезинфекция по режиму,предусмотренному для соответствующей инфекции.
9.5В основных помещениях следует регулярно в плановом порядке проводить текущийремонт помещений. Устранение возникших дефектов (ликвидация протечек напотолках и стенах, следов сырости, плесени, заделка трещин, щелей, выбоин,восстановление отслоившейся облицовочной плитки, дефектов напольных покрытий идр.) должно проводиться незамедлительно.

9.6В период проведения текущего или капитального ремонта функционированиепомещений должно быть прекращено.
9.7В помещениях ФАПов, амбулаторий не должно быть синантропных членистоногих, крыси мышевидных грызунов.
Проведениепрофилактической обработки (дезинфекции, дезинсекции, дератизации) помещенийпротив синантропных членистоногих, крыс и мышевидных грызунов должноосуществляться в соответствии с требованиями санитарных правил.
9.8Изделия медицинского назначения многократного применения, которые в процессеэксплуатации могут вызвать повреждение кожи, слизистой оболочки, соприкасатьсяс раневой поверхностью, контактировать с кровью или инъекционными препаратами,подлежат дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации всоответствии с действующими документами. Допускается проведение стерилизации наместах.
9.9Стирка белья должна осуществляться в специальных прачечных или прачечной всоставе медицинской организации. Режим стирки белья должен соответствоватьдействующим гигиеническим нормативам.
Допускаетсяоборудование минипрачечной в здании ФАПа, амбулатории. Минипрачечная должнаиметь не менее двух помещений: для сбора, временного хранения и стрики бельявторое для сушки, глажения и временного хранения чистого белья.
9.10Сбор, временное хранение и удаление отходов различных классов опасностиосуществляются в соответствии с требованиями действующих санитарных правил.
9.11Урны, установленные для сбора мусора у входа в здание, в местах отдыха и натерритории должны очищаться от мусора ежедневно и содержаться в чистоте.
9.12Контейнеры для сбора твердых бытовых отходов должны быть установлены наплощадке с твердым покрытием, обеспечены крышками, регулярно очищаться, мытьсяи дезинфицироваться после каждого опорожнения.

## 10. Гигиенические требования к условиямтруда и личной гигиене медицинского и обслуживающего персонала

10.1В основных функциональных, производственных помещениях и на рабочих местахмедицинского, обслуживающего и другого персонала должны быть обеспеченыгигиенические нормативы параметров микроклимата и воздушной среды.
10.2Санитарно-бытовые помещения для персонала ФАПов, амбулаторий должны бытьоборудованы с соблюдением следующих требований:
10.3Персонал должен проходить предварительные при поступлении на работу ипериодические медицинские осмотры и профилактические прививки в соответствии сзаконодательством Российской Федерации.
10.4Медицинский персонал ФАПа, амбулатории должен быть обеспечен комплектамисменной одежды: халатами, шапочками или косынками, масками, сменной обувью(тапочками) в количестве, обеспечивающем ежедневную смену одежды. Хранение еенадлежит осуществлять в индивидуальных шкафчиках, обеспечивающих раздельноехранение личной (домашней) и рабочей (санитарной) одежды, обуви и головныхуборов.
Вналичии постоянно должен быть комплект санитарной одежды для экстренной еезамены в случае загрязнения.
10.5Немедицинский персонал, выполняющий работу (в том числе временную) должен иметьсменную одежду и обувь.
10.6Врачи, фельдшера, медицинские сестры, акушерки должны быть обеспеченысредствами индивидуальной защиты (перчатки, маски и др.). Все манипуляции,связанные с контактом с кровью и другими биологическими жидкостями проводить вперчатках.

10.7Обработка рук медицинского персонала проводится в соответствии с требованиями главыI настоящих санитарных правил.
10.8 Профилактические мероприятия призагрязнении кожи и слизистых работника кровью или другими биологическимижидкостями, а также при уколах и порезах проводятся в соответствии с требованиямиглавыI настоящих санитарных правил.

_____

*(1)СП 3.1.2.2626-10 "Профилактика легионеллеза"; зарегистрировано вМинюсте России 07.06.2010 г., регистрационный № 17506.
*(2)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 приих изготовлении материалы.
*(3)ст. ст. 13, 14, 24, 25, 37, 38, 40, 42 Федерального закона № 52-ФЗ от30.03.1999 "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения".
*(4)Мероприятия по профилактике внутрибольничных инфекций в хирургическихстационарах (отделениях) изложены в главеIII.
*(5)Мероприятия по профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах(отделениях) и перинатальных центрах изложены вглавеIV.
*(6)СП2.3.6.1079-01 "Санитарно-эпидемиологические требования к организациямобщественного питания, изготовлению и оборотоспособности в них пищевыхпродуктов и продовольственного сырья"; зарегистрировано в Минюсте России07.12.2001 г., регистрационный № 3077.
*(7)СанПиН2.3.2.1324-03 "Гигиенические требования к срокам годности и условиямхранения пищевых продуктов", зарегистрировано в Минюсте России 06.06.2003г., регистрационный № 4654.
*(8)СанПиН2.2.2/2.4.1340-03 "Гигиенические требования к персональнымэлектронно-вычислительным машинам и организации работы"; зарегистрированов Минюсте России 10.06.2003 г., регистрационный № 4673.
*(9)СП3.5.1378-03 "Санитарно-эпидемиологические требования к организации иосуществлению дезинфекционной деятельности", зарегистрировано в МинюстеРоссии 19.06.2003 г., регистрационный № 4757.
*(10)Правила обработки эндоскопов и инструментов к ним изложены в СП 3.1.1275-03"Профилактика инфекционных заболеваний при эндоскопическихманипуляциях", зарегистрировано в Минюсте России 14.04.2003 г.,регистрационный № 4417.
*(11)СанПиН2.6.1.1192-03 "Гигиенические требования к устройству и эксплуатациирентгеновских кабинетов, аппаратов и проведению рентгенологическихисследований"; зарегистрировано в Минюсте России 19.03.2003 г.,регистрационный № 4282. СанПиН 2.6.1.2523-09 "Нормы радиационнойбезопасности (НРБ-99/2009)";зарегистрировано в Минюсте России 14.08.2009 г., регистрационный № 14534.

## Приложение1

кСанПиН 2.1.3.2630-10

## Минимальные площади помещений

## №№ Наименование помещений Площадь (м²)

1.Площади на одну койку в палатах различного назначения и вместимости
1.1.Палаты на одну койку
1
Интенсивнойтерапии, в том числе для ожоговых больных

Нейрохирургические,ортопедотравматологические, радиологические, ожоговые (кроме отделенийинтенсивной терапии), восстановительного лечения, медико-социальные (в томчисле в хосписах), диагностические палаты, палаты для больных, передвигающихсяс помощью кресел-колясок

12 3

Индивидуальнаяродовая палата с кроватью-трансформером

24 4

Индивидуальнаяродовая палата

30 5

Дляноворожденных (изолятор)

6 6

Длядетей до 7 лет, с круглосуточным пребыванием матерей

12 7

Длявзрослых или детей старше 7 лет, с сопровождающим

14 8

Прочие,в том числе предродовые

10

1.2. Палаты на двекойки и более

Длявзрослых и детей старше 7 лет

9

Интенсивнойтерапии, реанимации

13 10

Нейрохирургические,ортопедотравматологические, радиологические, ожоговые (кроме отделенийинтенсивной терапии), восстановительного лечения, медико-социальные (в томчисле в хосписах), диагностические палаты, палаты для больных, передвигающихсяс помощью кресел-колясок

10 11

Инфекционные,в том числе туберкулезные

8 12

Психиатрическиеобщего типа и наркологические

6 13

Психиатрическиенадзорные

7 14

Прочие,в том числе предродовые

7

Для детей до 7 лет

15

Интенсивнойтерапии, реанимации

13 16

Сдневным пребыванием матерей

8 17

Скруглосуточным пребыванием матерей

12 18

Нейрохирургические,ортопедотравматологические, радиологические, ожоговые (кроме отделений интенсивнойтерапии), восстановительного лечения, медико-социальные (в том числе вхосписах), диагностические палаты, палаты для больных, передвигающихся спомощью кресел-колясок

9 19

Инфекционные,в том числе туберкулезные

7 20

Психиатрическиеобщего типа

5 21

Психиатрическиенадзорные

6 22

Прочие

6

Для детей до 1 года, втом числе для новорожденных

23

Интенсивнойтерапии для новорожденных

9 24

Длядетей с круглосуточным пребыванием матерей

10 25

Длядетей с дневным пребыванием матерей

8

Впалатах без пребывания матерей:

26

-на 1 кроватку

4,5 27

-на 1 кювез

6

2.Консультативные, лечебные, диагностические помещения, помещениявосстановительного лечения, общие для разных структурных подразделений

28

Кабинет-офисдля приема пациентов без проведения осмотра (психолог, юрист, социальныйработник и др.)

10 29

Кабинетврача (фельдшера) для приема взрослых пациентов (без специализированных кресел,аппаратных методов диагностики, лечения и парентеральных вмешательств), кабинетпредрейсовых/послерейсовых осмотров

12 30

Кабинетврача (фельдшера) для приема детей (без специализированных кресел, аппаратныхметодов диагностики, лечения и парентеральных вмешательств)

15 31

Кабинетврача, со специально оборудованным рабочим местом (гинеколог, уролог,проктолог, офтальмолог, оториноларинголог, генетик и др.)

18 32

Манипуляционная,смотровая с аппаратными методами диагностики и лечения, в том числе прикабинете врача-специалиста

16 33

Перевязочная

18 34

Процедурнаядля внутривенных вливаний, забора венозной крови, внутримышечных, внутрикожныхинъекций, экстракорпоральной гемокоррекции, прививочный кабинет, процедурнаяврача-косметолога с парентеральными вмешательствами

12 35

Малаяоперационная

24 36

Предоперационнаяпри малой операционной

6 37

Шлюзпри малой операционной

4 38

Помещение(с туалетом) для временного пребывания пациента после амбулаторных оперативныхвмешательств

6 на 1 место, но не менее 9 39

Комнатаприготовления аллергенов

6 39.1

Комнатахранения и разведения вакцины БЦЖ, хранения вакцины против гепатита В вакушерском стационаре

6 40

Кабинетдля занятий малых (до 5 человек) групп (логопедических, психотерапевтических идр.)

18 41

Кабинетыэлектросветолечения, теплолечения, лазерной терапии, магнитотерапии, кислороднойтерапии, иглорефлексотерапии, лечения электросном и др.

6 на 1 место, но не менее 12 42

Кабинетдля занятий групп более 5 человек (логопедический, психотерапевтический,гипнотарий и др.)

4 на место, но не менее 24 43

Шлюзпри кабинетах врачебного приема

2 44

Темнаякомната офтальмолога

4 45

Аудиометрическаякабина (кроме кабин поставляемых в виде готового изделия)

3 46

Процедурнаяэндоскопии

18 47

Помещениедля мойки и обработки эндоскопов

8 48

Кабинетиндивидуальной условно-рефлекторной терапии

12 49

Кабинетгрупповой условно-рефлекторной терапии

6 на 1 место, но не менее 20 50

Кабинетгрязелечения, ванный зал

8 на 1 место (ванну), но не менее 12 51

Кабинетингаляционной терапии

3 на 1 место, но не менее 10 52

Процедурныегалотерапии, спелеотерапии и т.п.

6 на 1 место, но не менее 18 53

Солярийвертикальный

3 на 1 место, но не менее 12 54

Солярийгоризонтальный

4 на 1 место, но не менее 12 55

Заллечебной физкультуры для групповых занятий, тренажерный зал.

5 на 1 место, но не менее 20 56

Залобучения ходьбе

36 57

Кабинетымеханотерапии, трудотерапии

4 на 1 место, но не менее 12 58

Кабинетымассажа, мануальной терапии

8 на 1 кушетку, но не менее 10 59

Душевойзал с кафедрой (площадь уточняется в зависимости от количества душей)

24 60

Помещения подводногодуша-массажа, вихревых, вибрационных ванн, четырехкамерных ванн

12 61

Помещениеконтрастных ванн

32 62
Процедурнаякабинета магнитно-резонансной томографии
25 (уточняется техническими требованиямиоборудования) 63
Комнатауправления магнитно-резонансной томографии
10 64
Подготовительнаяпациента при кабинете магнитно-резонансной томографии
4
3.Специфические помещения отдельных структурных подразделений
3.1.Приемные отделения
65
Фильтр-боксдетских поликлиник, приемно-смотровой бокс стационаров
15 66
Санитарныйпропускник 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 неменее 6 68
Фильтрдля приема рожениц и беременных
8 69
Помещениевременного хранения вещей больных
0,3 на 1 койку, но не менее 6 70
Предреанимационная
12 71
Реанимационныйзал
30 72
Родовойбокс:
- уличный тамбур
2
-помещение санитарной обработки рожениц
12

-индивидуальная родовая палата с кроватью - трансформером
-индивидуальная родовая палата
24
30
-туалет
3
-подготовительная с душем для персонала
4
3.2.Прочие помещения палатных отделений
73
Комнатадля игр детей, помещение дневного пребывания для детей и взрослых
0,8 на койку, но не менее 12 74
Постдежурной медицинской сестры
6 75
Буфетнаяс оборудованием для мойки столовой посуды
15 76
Столоваядля больных
1,2 на 1 посадочное место 77
Столоваядля больных на креслах-колясках
2,5 на 1 посадочное место 78
Шлюзпри палате
3 79

Туалетс умывальником при палате
3 80
Душеваяпри палате
3 81
Санузел(туалет, умывальник, душ)
6 82
Ваннаяс подъемником
12 83
Клизменная
8
3.3. Операционныеблоки, отделения реанимации и интенсивной терапии
84
Операционнаяобщепрофильная (в т.ч. эндоскопическая и лапароскопическая)
36 85
Операционнаядля проведения ортопедо-травматологических и нейрохирургических операций
42 86
Операционнаядля проведения операций на сердце с использованием АИК, рентгеноперационная
48 87
Предоперационнаядля одной общепрофильной операционной
10 88
Предоперационнаядля двух общепрофильных (одной специализированной) операционных
12 90
Помещениеподготовки больного, наркозная
12 91
Инструментально-материальная,помещения для хранения стерильного, шовного материалов, растворов
4 на каждую операционную, но не менее 1092
Стерилизационнаядля экстренной стерилизации
10 93
Помещениеразборки и мытья инструментов, в том числе эндоскопического оборудования
10, плюс 2 на каждую операционную свыше 494
Помещениедля мойки и обеззараживания наркозно-дыхательной аппаратуры
12, плюс 2 на каждую операционную выше 495
Кладоваянаркозно-дыхательной аппаратуры
8, плюс 2 на каждую операционную свыше 496
Помещениедля хранения и подготовки крови и кровезаменителей к переливанию
8 97
Протокольная(предусматривается при наличии более 4-х операционных)
15 98
Помещениедля хранения послеоперационных отходов
4 99
Помещениехранения и подготовки гипса и гипсовых бинтов
6 100
Перевязочнаяс ванной и подъемником для ожоговых больных
30 101
Комнатапсихологической разгрузки
18 102
Помещениевременного хранения трупов
6
3.4. Отделениягемодиализа и детоксикации

103
Диализныйзал с постом дежурной медицинской сестры
14 на одно диализное место 104
Помещениеводоподготовки
10 105
Складсолей
2 на каждое диализное место, но не менее8 106
Кладоваярастворов
1,5 на каждое диализное место, но неменее 8 107
Помещениеремонта диализных аппаратов
12 108
Процедурнаядля проведения перитонеального диализа
16
3.5.Диагностические лаборатории
109
Лаборантская(в т.ч. гематологическая, биохимическая, эмбриологическая, гистологическая идр)
6 на каждое рабочее место, но не менее 12110
Помещениеприема и регистрации биоматериала для лабораторных исследований
8 111
Помещениевзятия проб капиллярной крови
4 на каждое рабочее место, но не менее 9112
Лабораториясрочных анализов
12 113
Автоклавнаядля обеззараживания
12
3.6. Отделенияпроизводственной трансфузиологии
114
Процедурнаяна 1 кресло со шлюзом для забора донорской крови, плазмафереза
4 на каждое кресло, но не менее 14+2 115
Бокс(с предбоксом) для фракционирования крови
10 + 4 116
Процедурная(со шлюзом) для аутоплазмафереза
14+2 117
Помещениедля карантинизации плазмы, помещения хранения неапробированных компонентовкрови, хранения кровезаменителей, временного хранения и выдачи крови и еезаменителей
10 118
Помещениеотдыха доноров
12
3.7. Лабораторияэкстракорпорального оплодотворения (ЭКО)
119
Малаяоперационная
-предоперационная
-шлюз для входа пациентов
24 8 2 120
Манипуляционнаядля взятия яйцеклетки и имплантации оплодотворенной яйцеклетки(предусматривается в случае отсутствия операционной)
18 121
Эмбриологическаялаборантская с кабинетом генетика
18+12 122
Помещениесдачи спермы

6 123
Криохранилище
10
3.8.Патологоанатомические отделения и бюро судебно-медицинской экспертизы
124
Помещениеприема трупов
6 125
Кладоваядля хранения вещей умерших
4 126
Помещениехранения трупов с кассетным холодильным шкафом
определяется габаритами оборудования, ноне менее 12 127
Секционнаяна 1 стол
18 на стол и 12 на каждый последующий 128
Предсекционная
10 129
Комнатаприема и регистрации биопсийного и аутопсийного материала
6 130
Препараторская
10 131
Фиксационная
6 132
Архиввлажного аутопсийного и биопсийного материала
8 129
Архивмикропрепаратов и блоков биопсий
8 130
Помещениеодевания трупов
10 131
Кладовыеконсервирующих растворов, ядов и летучих веществ
6 132
Кладоваяпохоронных принадлежностей
6 133
Траурныйзал
30 134
Помещениехранения трупов до отправки на кремацию
15 135
Помещениехранения урн с прахом до выдачи родственникам
6 136
Помещениесвященнослужителя
8 137
Кабинетыврачебного освидетельствования живых лиц
По площадям кабинетов для приемапациентов 138
Кабинетдля работы с документами
10 139
Помещениехранения вещественных доказательств и ценностей
6 140
Архивгистологического материала
12
4. Вспомогательные,служебные и бытовые помещения, общие для всех структурных подразделений
141
Кабинетзаведующего отделением
16 142

Комнатаперсонала

12 143

Помещениестаршей медицинской сестры

10 144

Ординаторская

6 на одного врача, но не менее 12 145

Кабинетдежурного врача

10 146

Помещениедля студентов*

147

Помещениедля преподавателей*

148

Помещениесестры-хозяйки отделения

8 149

Помещениехранения чистого белья и постельных принадлежностей

4 150

Помещениехранения расходного материала и медикаментов

4 151

Помещениехранения наркотических средств и психотропных веществ

4 152

Медицинскийархив

0,3 на одну койку, 4 на 100 посещений всмену, но не менее 12 153

Конференц-зал(с учетом эстрады и оснащения кресел пюпитрами)

0,9 на одно место 154

Кладоваявещей больных

0,2 на одну койку 155

Гардеробнаяуличной одежды персонала

0,08 на один крючок 156

Гардеробнаядомашней и рабочей одежды персонала

0,5 на один индивидуальный шкаф 157

Вестибюль-гардеробнаядля посетителей

0,5 на одного посетителя 159

Раздевальнаядля пациентов при лечебных и диагностических кабинетах

1,3 на одно место, но не менее 2 160

Туалетс умывальником для персонала

3 161

Душдля персонала

3 162

Помещениевременного хранения грязного белья

4 163

Помещениехранения предметов уборки и дезинфицирующих растворов

4 164

Помещениевременного хранения медицинских отходов

4 165

Санитарнаякомната (временное хранение грязного белья, мед. отходов, мойка суден)

8 166

Помещениедля хранения передвижного рентгеновского аппарата, переносной аппаратуры

8 165

Помещениедля слива



---

* В случае, если этоучебные базы или клиники высших и средних учебных заведений

**Приложение2**
к СанПиН2.1.3.2630-10

# Состав, набор и минимальные рекомендуемыеплощади помещений стоматологической медицинской организации**

**Наименование помещений Минимальная площадь, м²**
Примечания

1 2
3

Вестибюльная группа срегистратурой, гардеробом верхней одежды и ожидальней
10
На каждого взрослогопациента по 1,2 м²
На каждого ребенка сучетом пребывания одного из родителей - 2 м²
Кабинет врача(стоматолога-терапевта, хирурга, ортопеда, ортодонта, детского стоматолога)
14
С увеличением на 10 м²на каждую дополнительную стоматологическую установку (7 м² надополнительное стоматологическое кресло без установки)
Кабинет врача вобщеобразовательных учреждениях
12
Кабинет гигиены рта
10
С учетом ограниченногообъема лечебной помощи
Операционный блок:
При отсутствиицентральной стерилизационной, инструментарий из операционной поступает настерилизацию в предоперационную, где предусматривается стерилизационная, приэтом площадь предоперационной увеличивается, как минимум, на 2 м²
предоперационная
6
операционная
20
комната временногопребывания пациента после операции
4
Рентгеновский кабинетна один дентальный рентгеновский аппарат для прицельных снимков
6*
Уменьшение площадивозможно при соблюдении пунктов 7.2.1настоящих санитарных правил
Стерилизационная
6
Площадь принимается всоответствии с технологическим обоснованием (габариты оборудования и пр.), ноне менее 6 м²
Зуботехническаялаборатория: помещение зубных техников
7
4 м² на одноготехника, но не более 10 техников в одном помещении
Специализированныепомещения: полимеризационная, гипсовочная, полировочная, паяльная
7
При наличиизуботехнической лаборатории на 1-2 штатных единицы зубных техников, возможно ееразмещение в 2-х кабинетах - в одном из кабинетов совмещаются

процессыгипсовки, полировки, полимеризации, пайки, в другом - рабочее место зубноготехника. При этом площадь обоих кабинетов должна быть не менее 14 м$^2$
литейная

4

В зависимости оттехнологии и габаритов оборудования площадь может быть изменена
Физиотерапевтическоеотделение:
кабинетэлектросветолечения, лазеротерапии

12

6 м$^2$ наодин аппарат
кабинет гидротерапии

12

6 м$^2$ наодин аппарат
кабинет УВЧ, СВЧ иультрафиолетового облучения

12

6 м$^2$ наодин аппарат
кабинет физиотерапии

12

6 м$^2$ наодин аппарат
Административные,подсобные и вспомогательные помещения:
кабинет заведующего(администратора)
8
На каждого работающегов смену по 1,5 м$^2$. Верхняя одежда может быть размещена в шкафу-купе
комната персонала сгардеробом

6

кабинет старшеймедицинской сестры

8

Может быть объединенас кабинетом старшей медицинской сестры, при этом площадь кабинета старшеймедсестры не увеличивается
помещение храненияmедикаментов и наркотических материалов

6

помещения хранения изделийmедицинского назначения

6

Могут размещаться вшкафах-купе в коридорах и подвальных помещениях
кладовая грязногобелья

3

кладовая чистого белья

3

туалет для пациентов

3

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

3

* Площади для других кабинетов и вспомогательныхпомещений рентгенологического отделения - в действующих санитарных правилах,регламентирующих требования к источникам ионизирующих излучений.
** В минимальный наборпомещений для работы стоматологической медицинской организации входят:вестибюльная группа, кабинет врача-стоматолога, комната персонала, туалет,кладовая

**Приложение3**
к СанПиН2.1.3.2630-10

## Класс чистоты, рекомендуемый воздухообмен,допустимая и расчетная температура

Наименованиепомещений Класс чистоты помещений Санитарно-микробиологические показателиДопустимая температура воздуха (расчетная) Рекомендуемый воздухообмен в 1 час,не менее* Кратность вытяжки при естественном воздухообмене

Общее количествомикроорганизмов в 1 м$^3$ воздуха (КОЕ/м$^3$)

приток вытяжка

до начала работы вовремя работы

1 2 3 4 5 6 7 8

Операционные,послеоперационные палаты,
реанимационныезалы (палаты), в том числе для ожоговых больных, палаты интенсивной терапии,родовые, манипуляционные-туалетные для новорожденных
А
Неболее 200
Неболее 500
21-24(21)
100% от расчетного воздухообмена, но не менее десятикратного для асептическихпомещений
80% от расчетного воздухообмена, но не менее восьмикратного для септическихпомещений
80% от расчетного воздухообмена, но не менее восьмикратного для асептическихпомещений расчетного воздухообмена, но не менее десятикратного для септическихпомещений
Недопускается
Послеродовыепалаты, палаты для ожоговых больных, палаты для лечения пациентов васептических условиях, в том числе для иммуннокомпрометированных.
Б
Неболее 500
Неболее 750
21-23(22)
100% от расчетного воздухообмена, но не менее десятикратного
100% от расчетного воздухообмена, но не менее десятикратного
Недопускается
Послеродовыепалаты с совместным пребыванием ребенка, палаты для недоношенных, грудных,травмированных, новорожденных (второй этап выхаживания),
Б
Неболее 500
Неболее 750
23-27(24)
100% от расчетного воздухообмена, но не менее десятикратного
По100 % от расчетного воздухообмена, но не менее десятикратного
Недопускается
Шлюзыв боксах и полубоксах инфекционных отделений
В
Ненормируется
22-24(22)
Порасчету, но не менее 5-ти кратного обмена
Недопускается
Ренгеноперационные,в том числе ангиографические
Б
Неболее 500
Неболее 750

20-26(20)
12
10
Недопускае тся
стерилизационныепри операционных
Б
Неболее 500
Неболее 750
20-27(20)
3
-
2
ЦСО:
чистаяи стерильная зоны (контроля, комплектования и упаковки чистых инструментов,помещения для подготовки перевязочных и операционных материалов и белья,стерилизации, экспедиции)
Б
Неболее 500
Неболее 750
20-27(20)
100% от расчетного воздухообмена, но не менее десятикратного
80% от расчетного воздухообмена, но не менее восьмикратного
Недопускается
грязнаязона (приема, разборки, мытья и сушки медицинских инструментов и изделиймедицинского назначения)
Г
Ненормируется
Ненормируется
20-27(20)
80% от расчетного воздухообмена, но не менее восьмикратного
100% от 100 % от расчетноговоздухообмена, но не менее десятикратного
Не допускается
Боксыпалатных отделений, боксированные палаты
В
Ненормируется
Ненормируется
20-26(20)
Израсчета 80 м$^3$/час на 1 койку
Израсчета 80 м$^3$/час на 1 койку
2,5
Палатные секцииинфекционного отделения в том числе туберкулезные
В
Ненормируется
Ненормируется
20-26(20)
Израсчета 80 м3/час на 1 койку
Израсчета 80 м3/час на 1 койку
Недопускается
Палатыдля взрослых больных, помещения для матерей детских отделений
В
Ненормируется
Ненормируется

20-26(20)
Израсчета 80 м³/час на 1 койку
Израсчета 80 м³/час на 1 койку
2
Шлюзыперед палатами для новорожденных
В
Ненормируется
Ненормируется
22-24(22)
Порасчету, но не менее 5
-
Недопускается
Кабинеты врачей, помещения дневного пребывания пациентов, Кабинеты функциональной диагностики, процедурные эндоскопии(кроме бронхолскопии)
В
Ненормируется
Ненормируется
20-27(20)
Израсчета 60 м³/час на 1 человека
Израсчета 60 м³/час на 1 человека
1
Залылечебной физкультуры
В
Ненормируется
Ненормируется
18-28(18)
80% от расчетного воздухообмена (80 м³/час на 1 занимающегося)
100% от расчетного воздухообмена (80 м³/час на 1 занимающегося)
2
Процедурныемагнитно-резонансной томографии
В
Ненормируется
Ненормируется
20-23(20)
100% от расчетного воздухообмена на удаление теплоизбытков
100% от расчетного воздухообмена на удаление теплоизбытков
Недопускается
Процедурныеи асептические перевязочные, процедурные бронхоскопии
Б
Неболее 300
Ненормируется
22-26(20)
8

6
Недопускается
Процедурныес применением аминазина
В
Ненормируется
Ненормируется
22
8
10
Недопускается
Процедурныедля лечения нейролептиками
В
Ненормируется
Ненормируется
18
-
3
2
Малыеоперационные
Б
Неболее 500
Неболее 750
20-24(20)
10
5
1
Диспетчерские,комнаты персонала, комнаты отдыха пациентов после процедур
Г
Ненормируется
Ненормируется
20
Притокиз коридора
1
1
Процедурныеи раздевальные рентгендиагностических флюорографических кабинетов, кабинетыэлектросветолечения, массажный кабинет
Г
Ненормируется
Ненормируется
20-26(20)
3
4
Недопускается
Комнатыуправления рентгеновских кабинетов и радиологических отделений, фотолаборатории
Г
Ненормируется
Ненормируется
18(18)
3
4
Недопускается

Монтажныеи моечные кабинетов искусственной почки, эндоскопии, аппаратов искусственногокровообращения, растворные-деминирализационные
Г
Ненормируется
Ненормируется
18(18)
-
3
2
Ванныезалы (кроме радоновых), помещения подогрева парафина и озокерита, лечебныеплавательные бассейны. Помещения (комнаты) для санитарной обработки больных,душевые
Г
Ненормируется
Ненормируется
25-29(25)
3
5
3
Раздевальныев отделениях водо- и грязелечения лечения
Г
Ненормируется
Ненормируется
23-29(23)
Притокпо балансу вытяжаки из ванных и грязевых залов
2
Помещениярадоновых ванн, залы и кабинеты грязелечения для полосных процедур, душевыезалы
Г
Ненормируется
Ненормируется
25-29(25)
4
5
Не
допускается
Помещениядля хранения и регенерации грязи
Г
Ненормируется
Ненормируется
12
2
10
Недопускается
Помещенияприготовления раствора сероводородных ванн и хранения реактивов
Г
Ненормируется
Ненормируется
20
5
6
Недопускается

Помещениядля мойки и сушки простыней, холстов, брезентов, грязевые кухни.
Г
Ненормируется
Ненормируется
16
6
10
Недопускается
Кладовые(кроме хроме хранения реактивов), технические помещения (компрессорные,насосные и т.п.), мастерские по ремонту аппаратуры, архивы
Г
Ненормируется
Ненормируется
18
-
1
1
Санитарныекомнаты, помещения сортировки и временного хранения грязного белья, помещениямойки, носилок и клеенок, помещение сушки одежды и обуви выездных бригад
Г
Ненормируется
Ненормируется
18
-
5
5
Кладовыекислот, реактивов и дезинфицирующих средств
Г
Ненормируется
Ненормируется
18
-
5
5
Регистратуры,справочные вестибюли, гардеробные, помещения для приема передач больным,помещения выписки, ожидальные, буфетные, столовые для больных, молочная комната
Г
Ненормируется
Ненормируется
18
-
1
1
Помещениедля мытья и стерилизации столовой и кухонной посуды при буфетных и столовыхотделений, парикмахерские для обслуживания больных
Г
Ненормируется
Ненормируется
18
2

3
2
Хранилищарадиоактивных веществ,
фасовочныеи моечные в радиологических отделениях
Г
Ненормируется
Ненормируется
18
5
6
Недопускается
Помещениядля рентген и радиотерапии
Г
Ненормируется
Ненормируется
20-26(20)
Посоответствующим санитарным правилам
Кабинетыэлектро- свето-, магнито-, -тепло лечения, лечения ультразвуком
Г
Ненормируется
Ненормируется
20-27(20)
2
3
Недопускается
Помещениядезинфекционных камер:
Г
Ненормируется
Ненормируется
16
Изчистого помещения
5
5
Недопускается
Приемно-загрузочные;
Через"грязные" отделения
разгрузочные (чистые)отделения
Секционные,музеи и препараторские при патологоанатомических отделениях
Г
Ненормируется
Ненормируется
16-22(16)
-
4
Недопускается
Помещенияодевания трупов, выдачи трупов, кладовые похоронных принадлежностей, для обработкии подготовки к захоронению инфицированных трупов, помещения для хранениях хлорной извести
Г
Ненормируется
Ненормируется
14-20(14)

-
3
Недопускается
Санузлы
Г
Ненормируется
Ненормируется
20-27(20)
-
50м$^3$ на 1 унитаз и 20 м$^3$ на 1 писсуар
3
Клизменная
Г
Ненормируется
Ненормируется
20-27(20)
-
5
2
Клинико-диагностическиелаборатории (помещения для исследований)
Г
Ненормируется
Ненормируется
20-26(20)
-
3
2
Аптеки
Помещениядля приготовления лекарственных форм в асептических условиях
А
200
500
18
4
2
Недопускается
Ассистенская,дефектарская, заготовочная и фасовочная, закаточная и контрольно-маркировочная,стерилизационная-автоклавная, дистиляционная
Б
500
750
18
4
2
1
Кконтрольно-аналитическая #, моечная, распаковочная
Г
Ненормируется
Ненормируется
18
2
3

1
Помещенияхранения основного запаса:
Г
Ненормируется
Ненормируется
18
А) лекарственныхвеществ, готовых лекарственных препаратов в т.ч. и термолабильных и предметовмедицинского назначения; перевязочных средств.
2
3
1
Б)минеральных вод, медицинской стеклянной и оборотной транспортной тары, очков идругих предметов оптики, вспомогательных материалов, чистой посуды
-
1
1
Помещениядля приготовления и фасовки ядовитых препаратов и наркотиков
Г
Ненормируется
Ненормируется
18
-
3
3
Легко
воспламенящихсяи горючих жидкостей
Г
Ненормируется
Ненормируется
18
-
10
5

---

* Кратность в графе приток указана для наружноговоздуха. Расчетный воздухообмен должен обеспечивать выполнение требований кпараметрам воздушной среды, указанной в данной таблице.

**Приложение4**

кСанПиН 2.1.3.2630-10

## Предельно-допустимые концентрации (ПДК) иклассы опасности лекарственных средств в воздухе помещений лечебных организаций

№ п/п Определяемое вещество ПДК в мг/м$^3$.Класс опасности Методики определения 1
Диэтиловыйэфир
300; ГУ
МУ46-07 ФГХ-1 "Газохроматографическое определение диэтилового эфира ввоздухе"
2
Трихлорэтилен
10
3
Хлористыйэтил
50;IV

4

Закисьазота
5(в перерасчете на 02)
Экспрессметод Г/анализатор "Элан CO/NO"

5

Формальдегид
0,5;II. А
МУК4.1.2469-09 "Методические указания по фотометрическому определениюформальдегида в воздухе рабочей зоны"

6

Метил-2-метилпроп-2-еноат
(Метилметакрилат)
длявоздуха рабочей зоны
20/10;III
ГН2.2.5.1313-03
МВИНПП "ЭКАН" № 64-04

7

Метил-2-метилпроп-2-еноат
(Метилметакрилат)
дляатмосферного воздуха
0,1/0,01;III
ГН2.1.6.1338-03
МВИНПП "ЭКАН" № 64-04

8

Взвешенныевещества*
0,5/0,15;III
ГН2.1.6.1338-03, РД 52-04-186-89

9

Кальцийсульфат дигидрат (гипс)
2,0III
ГН2.2.5.1313-03, МУК 4.1.2468-09

10

Висмути его неорганические соединения
0,5II
ГН2.2.5.1313-03, МУ 24 № 4836-88

11

Цирконий
6,0III
ГН2.2.5.1313-03, МУ 1-5 № 1636-77

12

Титан
-/10IV
ГН2.2.5.1313-03, МУ4945-88

13

Хром(VI) триоксид
0,03/0,01I
ГН2.2.5.1313-03, МУ4945-88

14

диХромтриоксид (по хрому III)
3/1III
ГН2.2.5.1313-03
МУ1-5 № 1633-77, МУ4945-88

* В воздухе рабочей зоны взвешенные вещества ненормируются, нормируются различные виды пыли в том числе гипс (кальций сульфатдигидрат).

**Приложение5**
к СанПиН2.1.3.2630-10

## Нормируемые показатели естественного,искусственного и совмещенного освещения основных помещений медицинскихорганизаций

Помещения Рабочая поверхность и плоскостьнормирования КЕО и освещенности (Г - горизонтальная, В - вертикальная) и высотаплоскости над полом, м Естественное освещение Совмещенное освещениеИскусственное освещение
КЕО e_н, % КЕО e_н, %
при верхнем или комбинированном освещениипри боковом освещении при верхнем или комбинированном освещении при боковомосвещении Освещенность, лк Показатель дискомфорта М, не более Коэффициентпульсации освещенности, К_п, %, не более
при комбинированном освещении при общемосвещении
всего от общего
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

Палатныеотделения
Приемные фильтры,фильтры-боксы
Г-0,0 - - - - - - 100 25 15
Палатыотделений для взрослых
Г-0,0 2,0 0,5 - - - - 100 25 15
Палаты:детских отделений, для новорожденных; интенсивной терапии, послеоперационные,палаты матери и ребенка
Г-0,0 3,0 1,0 - - - - 200 25 15
Классныекомнаты детских стационаров/отделений
Г-0,8 4,0 1,5 - - - - 500 15 10
Игровыекомнаты
Г-0,0 4,0 1,5 - - - - 400 15 10
Помещенияприема пищи
-0,8 - - 1,5 0,5 - - 200 60 20
Процедурные,манипуляционные
Г-0,8 4,0 1,5 2,4 0,9 - - 500 40 10
Постымедсестер
Г-0,8 - - 1,5 0,4 - - 300 40 15
Комнатыдневного пребывания
Г-0,8 2,5 0,7 1,5 0,4 - - 200 60 20
Помещенияхранения переносной аппаратуры
Г-0,0 - - - - - - 75 - -
Операционныйблок, реанимационный зал, перевязочные, родовые отделения
Операционная
Г-0,8 - - - - - - 500 40 10
Родовая,диализационная, реанимационные залы, перевязочные
Г-0,8 4,0 1,5 2,4 0,9 - - 500 40 10
Предоперационная
Г-0,8 - - - - - - 300 40 15
Монтажныеаппаратов искусственного кровообращения, искусственной почки и т.д.
Г-0,8 - - - - - - 400 20 10
Помещениехранения крови
Г-0,8 - - - - - - 200 40 20

Помещениехранения и приготовления гипса

Г-0,8 - - - - - - 75 - -

Отделенияконсультативного приема, кабинеты диагностики и лечения

Регистратуры,диспетчерские

Г-0,8 - - 1,5 0,4 - - 200 60 20

Кабинетыхирургов, акушеров, гинекологов, травматологов, педиатров, инфекционистов,дерматологов, аллергологов, стоматологов; смотровые

4,0 1,5 2,4 0,9 - - 500 40 10

Кабинетыприема врачей других специальностей, фельдшеров (кроме приведенных выше)

Г-0,8 3,0 1,0 1,8 0,6 - - 300 40 15

Темныекомнаты офтальмологов

Г-0,8 - - - - - - 20 - 10

Кабинетыфункциональной диагностики, физиотерапии

Г-0,8 - - 1,8 0,6 - - 300 40 15

Процедурныеэндоскопических кабинетов

Г-0,8 - - - - - - 300 40 15

Процедурныерентгенодиагностики

Г-0,8 - - - - - - 50 - -

Процедурныерадиологической диагностики и терапии

Г-0,8 - - - - - - 400 40 10

Помещениябальнеотерапии, душевые залы

Г-0,8 - - - - - - 200 60 20

Помещениятрудотерапии

Г-0,8 3,0 1,0 1,8 0,6 - - 300 40 15

Помещениядля лечения сном, фотарии

Г-0,8 - - - - - - 50 - -

Кабинетымассажа, лечебной физкультуры, тренажерные залы

Г-0,8 - - 1,5 0,4 - - 200 60 20

Помещенияподготовки парафина, озокерита, обработки прокладок, стирки и сушки простыней,холстов, брезентов, регенерации грязи

Г-0,8 - - - - -

75 - -

Лабораториимедицинских учреждений

Помещенияприема, выдачи и регистрации анализов, весовые, средоварные, помещения дляокраски проб, центрифужные

Г-0,8 - - - - - - 200 40 10

Лабораториипроведения анализов, кабинеты серологических исследований, колориметрические

Г-0,8 4,0 1,5 2,4 0,9 - - 500 40 10

Препараторские,лаборантские общеклинических, гематологических, биохимическихбактериологических, гистологических и цитологических лабораторий, кабинетывзятия проб, коагулографии, фотометрии

Г-0,8 3,0 1,0 1,8 0,6 - - 300 40 15

Моечныелабораторной посуды, термостатная

Г-0,8 - - - - - - 200 60 20

Аптеки

Ассистентская,асептическая, аналитическая, фасовочная, заготовочная концентратов иполуфабрикатов, контрольно-маркировочная

Г-0,8 - - 2,4 0,9 600 400 500 40 10

Моечные

Г-0,8 - - - - - - 200 60 20

Помещенияхранения лекарственных и перевязочных средств, посуды

Г-0,8 - - - - - - 100 - -

Помещениехранения кислот, дезинфекционных средств, горючих и легковоспламеняющихсяжидкостей

Г-0,8 - - - - - - 75 - -

Стерилизационныеи дезинфекционные помещения

Стерилизационная-автоклавная,помещение приема и хранения материалов

Г-0,8 - - - - - - 200 40 20

Помещениеподготовки инструментов

Г-0,8 - - - - - - 200 40 20

Помещениеремонта и заточки инструментов

Г-0,8 - - - - - - 300 40 15

Помещениедезинфекционных камер

Г-0,8 - - - - - - 75 - -

Патологоанатомическиеотделения

Секционная

Г-0,8 3,5 1,2 2,1 0,7 - - 400 40 10

Предсекционная,фиксационная

Г-0,8- - - - - 200 60 20

Помещенияпищеблоков

Раздаточные

Г-0,8 - - - - - - 300 60 20

Горячие,холодные, доготовочные, заготовочные цехи

Г-0,8 - - - - - - 200 60 20

Моечныепосуды

Г-0,8 - - - - - - 200 60 20

Загрузочные,кладовые

Г-0,8 - - - - - - 75 - -

Примечание:Освещенность помещений, не указанных в таблице, принимается в соответствии стребованиями санитарных норм по естественной и искусственной освещенности.

**Приложение6**

к СанПиН2.1.3.2630-10

## Перечень изделий медицинской техники имедицинского назначения используемых в медицинской и фармацевтической деятельности 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 иобработки медицинской информации;
-Бумага и изделия бытового, санитарно-гигиенического и медицинского назначенияразового пользования (полотенца бумажные, платки носовые бумажные, пеленки иподгузники бумажные, салфетки бумажные, пакеты гигиенические женские и другие);
-Оборудование кондиционирования воздуха, сантехническое, камбузное, медицинскоеи 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 медицинскогоназначения;
-Изделия медицинские из хлопчатобумажной пряжи, искусственных и синтетическихнитей и пряжи, чистошерстяной и полушерстяной пряжи в смеси с другими волокнамии 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 специальногоназначения;
-Головные уборы рабочие и специального назначения;
-Материалы хирургические, средства перевязочные специальные;
-Лейкопластыри и пластыри (простой, бактерицидный, технический, мозольный,перцовый);
-Изделия протезио - ортопедические;
-Протезы (экзопротезы) для верхних и нижних конечностей;
-Аппараты, изготовленные из полимерных материалов для верхних и нижнихконечностей;
-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 иоценки шумовых характеристик, электромагнитных полей);
-Приборы эндоскопические и увеличительные;
-Аппараты рентгеновские медицинские диагностические (в части измерений и оценкишумовых 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 частиизмерений 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 санитарнойобработки, 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.

**Приложение7**
к СанПиН2.1.3.2630-10

## Допустимые уровни физических факторов, создаваемыеизделиями медицинской техники

Таблица 1

**Допустимые уровнизвука, создаваемые изделиями медицинской техники**

Тип изделия Уровнизвукового давления, в дБ, в октавных полосах со среднегеометрическими частотами,Гц Уровень звука L_A(экв)/ L_Амакс, (ДБА)
31,5 63 125 250500 1000 2000 4000 8000

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

Оборудование,предназначенное для круглосуточного использования (для мониторинга в палатахпациентов, в отделениях реанимации и т.п.)

74 56 44 36 29 25 22 19 18 30/40

Оборудование,предназначенное для работы в повторно-кратковременном режиме, для использованиястаршим и средним медицинским персоналом или населением(программно-диагностические комплексы, приборы для функциональной диагностики,аэроионизационное оборудование, кислородные концентраторы и т.п.)

81 64 53 45 39 35 32 30 28 40/50

Оборудование,предназначенное для работы в непрерывном или повторно-кратковременном режиме,для использования старшим медицинским персоналом (аппараты ИВЛ и НДА,электрохирургическое оборудование, лазерные установки, ультразвуковые сканеры ит.п.)

81 64 53 45 39 35 32 30 28 40/50

Оборудование,предназначенное для работы в непрерывном и повторно-кратковременном режиме, дляиспользования старшим и средним медицинским персоналом:
-физиотерапевтическое, рентгенологическое оборудование, лечебныестоматологические установки и т.п.;

86 71 61 54 49 45 42 40 38 50/60

-отсасыватели, ирригаторы, инсуффляторы, изделия медицинской техники, содержащиев составе насосы, компрессоры и т.п.

93 79 70 63 58 55 52 50 49 60/70

Оборудование,предназначенное для работы в кратковременном и повторно-кратковременном режиме,для использования старшим и средним медицинским персоналом(магнитно-резонансные томографы, литотриптеры и т.п.)[(1)]

93 79 70 63 58 55 52 50 49 60/80

Оборудование,предназначенное для непрерывной работы при кратковременном пребывании среднегои младшего медицинского персонала (стерилизационно-дезинфекционное, моечноеоборудование и т.п.)

96 83 74 68 63 60 57 55 54 65/80

Оборудование,предназначенное для кратковременного использования средним медицинскимперсоналом (оборудование для зубопротезного производства и т.п.)

100 87 79 72 68 65 63 61 59 70/80

Примечание

(1) Допускается превышениемаксимального уровня звука при условии использования комплекса мер защиты,обеспечивающего снижение воздействующих уровней до нормативных величин.

Таблица 2

Допустимые уровни воздушного ультразвука, создаваемыеизделиями медицинской техники

Среднегеометрическиечастоты третьоктавных полос, кГц

12,5 16,0 20,0 25,0 31,5 - 100,0

Уровень звуковогодавления, дБ

70 80 90 95 100

Таблица 3

**Допустимые уровни контактногоультразвука, создаваемые изделиями медицинской техники**

Среднегеометрическиечастоты октавных полос, кГц Пиковые значения виброскорости, м/с Уровеньвиброскорости, дБ Интенсивность, Вт/см² 16-63 5´10(-3) 100 0,03 125-500 8,9´10(-3) 105 0,06 1´10(3) - 31,5´10(3) 1,6´10(-2) 110 0,1

Таблица 4

**Допустимые уровни инфразвука, создаваемыеизделиями медицинской техники**

Среднегеометрическиечастоты октавных полос, Гц

2 4 8 16

Уровень звуковогодавления, дБ

75 70 65 60

Примечание.

Общий уровеньзвукового давления в диапазоне частот от 1,4 Гц до 22 Гц не должен превышать 75дБ.

Таблица 5

**Допустимые уровни общей вибрации,создаваемой изделиями медицинской техники, эксплуатируемыми в дневное времясуток**

Среднегеометрическиечастоты октавных полос, Гц Допустимые значения по осям Хо, Уо, Zo

ВиброускорениеВиброскорость

м/с²´10(-3) дБ м/с´10(-4) дБ

2

10,0 80 7,9 84

4

11,0 81 4,5 79

8

14,0 83 2,8 75

16

28,0 89 2,8 75

31,5

56,0 95 2,8 75

63

110,0 101 2,8 75

Действующийкорректированный или эквивалентный корректированный уровень

10 80 2,8 75

Таблица 6

**Допустимые уровни общей вибрации,создаваемой изделиями медицинской техники, эксплуатируемыми круглосуточно**

Среднегеометрические частоты октавныхполос, Гц Допустимые значения по осям Хо, Уо, Zo

ВиброускорениеВиброскорость

м/с²´10(-3) дБ м/с´10(-4) дБ

2

4,0 72 3,2 76

4

4,5 73 1,8 71

8

5,6 75 1,1 67

16

11,0 81 1,1 67

31,5

22,0 87 1,1 67

63

45,0 93 1,1 67

Действующийкорректированный или эквивалентный корректированный уровень

4,0 72 1,1 67

Таблица 7

**Допустимыеуровни локальной вибрации в октавных полосах 8-1000 Гц, создаваемые изделиямимедицинской техники**

Среднегеометрическиечастоты октавных полос, Гц Допустимые значения по осям Хл, Ул, Zл

ВиброускорениеВиброскорость

м/с² дБм/с´10(-3) дБ

8

0,45 113 8,9 105

16

0,45 113 4,5 99

31,5

0,89 119 4,5 99

63

1,8 125 4,5 99

125

3,5 131 4,5 99

250

7,0 137 4,5 99

500

14,0 143 4,5 99

1000

28,0 149 4,5 99

Действующийкорректированный или эквивалентный корректированный уровень

0,63 116 6,3 102

Примечание.При оценке локальной вибрации по величине полного среднеквадратичного значениякорректированного виброускорения ($a_{iv}$), уровни контролируемого показателя недолжны превышать 0,5 м/с².

Таблица 8

Временные допустимые уровни локальной вибрации в 1/3 и 1/1октавных полосах частот диапазона от 2000 до 8000 Гц

Среднегеометрические частоты, ГцДопустимые значения по осям Хл, Ул, Zл

Виброускорение Виброскорость

м/с²´10(2) дБ м/с´10(-2) дБ

в 1/3 октаве в 1/1 октаве в 1/3 октаве в1/1 октаве в 1/3 октаве в 1/1 октаве в 1/3 октаве в 1/1 октаве 1600 0,282
149
0,282
95
2000 0,355 0,631 151 156 0,282 0,501 95100 2500 0,447
153
0,282
95
3150 0,562
155
0,282
95
4000 0,708 1,259 157 162 0,282 0,501 95100 5000 0,891
159
0,282
95
6300 1,122
161
0,282
95
8000 1,413 2,512 163 168 0,282 0,501 95100 10000 1,778
165
0,282
95

Таблица 9

Допустимые уровни электромагнитных полей диапазона частот30 кГц - 300 ГГц, создаваемые изделиями медицинской техники

Диапазоны частот

30 - 300 кГц 0,3 - 3МГц 3 - 30 МГц 30 - 300 МГц 0,3 - 300 ГГц

напряженность электрического поля, В/мплотность потока энергии, мкВт/см$^2$

Допустимые уровни

25 15 10 3 10

Примечания.

Допускается проводитьодночисловую оценку напряженности электромагнитного поля, создаваемогоизделиями медицинской техники в диапазоне частот от 30 кГц до 300 МГц, приотсутствии превышения допустимого уровня в 3 В/м.

Таблица 10

Допустимые уровни электрического и магнитного полей,создаваемые изделиями медицинской техники, работающими на частоте 20-22 кГц(установки индукционного нагрева, др.)

Контролируемыйпараметр

ПДУ

Напряженностьэлектрического поля, кВ/м

0,5

Напряженность магнитногополя, А/м

4

Таблица 11

Временные допустимые уровни синусоидальныхэлектромагнитных полей диапазона частот свыше 1 Гц до 50 Гц

Контролируемыйпараметр

Временный допустимыйуровень

Напряженностьэлектрического поля, кВ/м

25/ *f**

Индукциямагнитного поля, мкТл

250/ *f**

Примечание.
*f*- частота действующего электромагнитного поля

Таблица 12

Временные допустимые уровни синусоидальныхэлектромагнитных полей диапазона частот свыше 50 Гц до 10 кГц и свыше 10 кГц до30 кГц

| Контролируемыйпараметр | Временный допустимый уровень в диапазоне частот | |
|---|---|---|
| | свыше 50 Гц до 10 кГц | свыше 10 кГц до 30кГц |
| Напряженностьэлектрического поля, В/м | 50 | 25 |
| Напряженностьмагнитного поля, А/м | 4 | - |

Таблица 13

Допустимые уровни электрического и магнитного поля промышленнойчастоты (50 Гц), создаваемые изделиями медицинской техники

| Контролируемыйпараметр | ПДУ |
|---|---|
| Напряженностьэлектрического поля частотой 50 Гц, кВ/м | 0,5 |
| Напряженность(индукция) магнитного поля частотой 50 Гц, А/м (мкТл) | 4(5) |

Таблица 14

Временные допустимые уровни постоянного магнитного поля

| Видвоздействия | Временный допустимый уровень магнитной индукции, мТл |
|---|---|
| Общее | 1,0 |
| Локальное | 1,5 |

---

* Примечание.Временные допустимые уровни ПМП установлены с учетом возможности действия факторана отдельные особо важные участки и части тела человека (например, областьсердца, голова и др.) при эксплуатации некоторых ИМТ, предназначенных дляиспользования населением без специального контроля времени применения(например, магнитные стимуляторы, слуховые аппараты специальной конструкции ит.п.).

Таблица 15

Временный допустимый уровень индукции импульсногомагнитного поля с частотой следования импульсов свыше 0 Гц до 100 Гц

| Контролируемый параметр | Временныйдопустимый уровень |
|---|---|
| Индукцияимпульсного магнитного поля с частотой следования импульсов свыше 0 Гц до 100Гц, мТл | 0,175 |

Таблица 16

Допустимые уровни напряженности электростатического поляпри работе изделий медицинской техники и электризуемости используемыхматериалов

| Контролируемый параметр | ПДУ |
|---|---|
| Напряженностьэлектростатического поля, кВ/м | 15 |
| Электростатическийпотенциал, В | 500 |

Электрилизуемостьматериалов (по показателю напряженности электростатического поля), кВ/м

7

Таблица 17

Временные допустимые уровни электромагнитных полей, создаваемыхизделиями медицинской техники, оснащенными видеодисплейными терминалами

Наименование параметра ВДУ ЭМП

Напряженностьэлектрического поля
вдиапазоне частот 5 Гц - 2 кГц
25 В/м
вдиапазоне частот 2 кГц - 400 кГц
2,5 В/м

Плотностьмагнитного потока
вдиапазоне частот 5 Гц - 2 кГц
250 нТл
вдиапазоне частот 2 кГц - 400 кГц
25 нТл

Электростатическийпотенциал экрана видеомонитора или напряженность электростатического поля
500 В 15 кВ/м

Таблица 18

Допустимые визуальные параметры устройств отображения информацииизделий медицинской техники

Параметры Допустимые значения

Яркость белого поля
Не менее 35 кд/м$^2$
Неравномерностьяркости рабочего поля
Не более +-20 %
Контрастность(для монохромного режима)
Не менее 3:1
Временнаянестабильность изображения (непреднамеренное изменение во времени яркостиизображения на экране дисплея)
Не должнафиксироваться

Таблица 19

Допустимые уровни излучений видимого и инфракрасногодиапазонов от экранов изделий медицинской техники

Вид изделий Спектральный диапазон Длинаволны, нм Допустимая интенсивность излучения, Вт/м$^2$

Экранывидеомониторов, осциллографы приборов, плазменные панели приборов
Видимый
400-760 0,1
Ближний ИК диапазон
760-1050 0,05
ИК диапазон
Свыше 1050 4

Таблица 20

Допустимые параметры микроклимата в основных помещениях,предназначенных для эксплуатации изделий медицинской техники*

Параметры микроклимата Допустимыезначения

Температура воздуха,°С
в холодный период года
22-24

в теплый период года

21-23

Относительная влажностьвоздуха, %

30-60

Скорость движениявоздуха м/с, не более

0,2

Примечание.Работа изделий медицинской техники не должна сопровождаться изменениемпараметров микроклимата, выходящими за пределы допустимых значений, указанных втаблице П.10.20.

Таблица 21

Допустимая максимальная температура рукояток иповерхностей изделий медицинской техники, предназначенных для контактапользователя

Материал Температура поверхностей (°С)при продолжительности контакта не более 1 мин. не более 10 мин. Безограничения времени

Непокрытый металл

51 43 40

Покрытый металл

51 43 40

Керамика, стекло,камень

56 43 40

Пластик

60 43 40

Дерево

60 43 40

Примечания.

1) Оптимальнымявляется диапазон температур от 25,0 до 40,0 °С без ограниченияпродолжительности контакта

2) Указанные требованияприменимы к относительно небольшим поверхностям отдельных частей тела человека.

Таблица 22

Допустимая минимальная температура рукояток и поверхностейизделий медицинской техники, предназначенных для контакта пользователя

Место измерения Температура поверхностей,°С, не менее

Рукояткиинструментов и других поверхностей изделий медицинской техники, предназначенныхдля контакта пользователя,

15-19

Тоже для вибрирующего оборудования

21,5

Таблица 23

Допустимая интенсивность теплового облучения от изделиймедицинской техники

Облучаемая поверхность тела, %Интенсивность теплового облучения, Вт/м

50 и более

35

25-50

70

Не более 25

100

Примечание.

1)Интенсивность теплового облучения, создаваемая светильниками хирургическими и другимиосветительными приборами на уровне головы человека, не должна превышать 60 Вт/м$^3$.

Таблица 24

Допустимые уровни оптического излучения видимого диапазонаизделий медицинской техники

| Параметры оптического излученияДопустимые значения, не более |
|---|
| Яркостьсветящихся поверхностей, кд/м$^2$ |
| 200 |
| Яркостьисточников света от светостимуляторов (светодиодов), предназначенных длянепосредственного воздействия на глаза, кд/м$^2$ |
| 20 |
| Мощностьизлучения в максимуме рабочего импульса, мВт |
| 0,5 |
| Показательослепленности (для оборудования, предназначенного для выполнения зрительныхработ), усл.ед.: |
| I-IIразряда |
| 20 |
| III,IV, V, VI, VII, VIIIa разрядов |
| 40 |
| Коэффициентпульсации освещенности, Кп, % |
| 5 |

Таблица 25

Допустимые уровни ультрафиолетового излучения,создаваемого изделиями медицинской техники различного назначения (1)

| Вид изделий | Спектральный диапазон длинволн, нм | Допустимая интенсивность облучения, Вт/м$^2$ |
|---|---|---|
| Изделияоблучательного действия, физиотерапевтическое оборудование (2) | | |
| | свыше 315 до 400 | 10 |
| | свыше 280 до 315 | 1,9 |
| | свыше 200 до 280 | Не допускается |
| Изделияпрофилактического назначения, генерирующие УФ-излучение, установки фототерапии,инкубаторы для новорожденных, косметологическое оборудование, приборы для уходаза кожей ультрафиолетовым излучением, эритемные светильники (3) | | |
| | свыше 315 до 400 | 1,0 |
| | свыше 280 до 315 | 0,05 |
| | свыше 200 до 280 | Не допускается |
| Дляизделий всех видов применения (в том числе лампы люминесцентные, галогенные всоставе осветительных приборов, полимериизационные стоматологические и пр.) | | |
| | свыше 280 до 400 | 0,03 |
| | свыше 200 до 280 | Не допускается |

Примечания.

1) УФ-излучение от ИМТс длиной волны менее 200 нм оценивается по соответствующим нормативам,указанным для диапазона 200-280 нм.

2) длякратковременного использования с регламентацией времени эксплуатации, с учетомплощади облучаемой поверхности и с применением средств индивидуальной защиты;

3) при регламентациивремени эксплуатации, с учетом площади облучаемой поверхности и с применениемсредств индивидуальной защиты.

Таблица 26

Характеристика классов опасности лазерных изделиймедицинской техники

| Классы опасности | Степень опасности,описание риска | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Коллимированное излучение | | Диффузноотраженное излучение на расстоянии 10 см от отражающей поверхности | |
| | Глаз | Кожа | Глаз | Кожа |
| I | Безопасно | Безопасно | Безопасно | Безопасно |
| II | Выходноеизлучение представляет опасность | Опасностьпри облучении кожи существует только в I и III спектральных диапазонах | Безопасно | Безопасно |
| III (распространяетсятолько на лазеры, генерирующие излучение во II спектральном диапазоне - свыше380 до 1400 нм) | Выходноеизлучение представляет опасность | Выходноеизлучение представляет опасность | Выходноеизлучение представляет опасность | Безопасно |
| IV | Выходноеизлучение представляет опасность | Выходноеизлучение представляет опасность | Выходноеизлучение представляет опасность | Выходноеизлучение представляет опасность |

Таблица 27

Допустимые концентрации аэроионов, создаваемые изделиямимедицинской техники

| Допустимые концентрации аэроионов, ион/см$^3$ | | Коэффициент униполярности |
|---|---|---|
| Положительные | Отрицательные | |
| 400-50000 | 600-500000 | 0,4<У<1,0 |

Таблица 28

Допустимые параметры воздушной среды в бароаппаратах

| Параметры воздушной среды | Допустимыезначения |
|---|---|
| Температуравоздуха, °С | от 20 до 26(1) |
| Относительнаявлажность воздуха, % | от 65 до 85 |
| Концентрация$CO_2$, %, не более | 0,3 |
| Вентилируемость,м$^3$/ч, не менее | 14 |
| Кратностьвоздухообмена (для воздушных бароаппаратов), не менее | 10 |

Примечание.

(1) Допускаетсякратковременное - до 10 мин., снижение температуры ниже 20 °С на режимахдекомпрессии и повышение выше 26 °С - на режимах компрессии.

**Гигиенические критерии оценки материаловизделий медицинского назначения**

Таблица 29

Гигиенические показатели и нормативы веществ, выделяющихсяиз материалов изделий медицинского назначения(1)

Наименование материала, изделияКонтролируемые показатели ДКМ, мг/л ПДК, ОБУВ хим. в-в в питьевой воде, мг/лКласс опасности ПДКсс мг/м3 ОБУВ а.в., мг/м3 Класс опасности 1 2 3 4 5 6 7 8

1.Полимерные материалы и пластические массы на их основе

1.1.Полиэтилен (ПЭВД, ПЭНД), полипропилен, сополимеры пропилена с этиленом,полибутилен, полиизобутилен, комбини-рованные материалы на основе полиолефинов

формальдегид

- 0,1 2 0,003 - 2

ацетальдегид

- 0,2 4 0,01 - 3

спирты:

метиловый

- 0,2 2 0,5 - 3

пропиловый

- 0,1 4 0,3 - 3

изопропиловый

0,1 4 0,6 - 3

1.2.Полистирольные пластики

полистирол(блочный, суспензионный, ударопрочный)

стирол

- 0,01 2 0,002 2

спирты:

метиловый

- 0,2 2 0,5 - 3

бутиловый

- 0,5 2 0,1 - 3

формальдегид

- 0,1 2 0,003 - 2

сополимерстирола с акрилонитрилом

стирол

- 0,01 2 0,002 - 2

акрилонитрил

- 0,02 2 0,03 - 2

формальдегид

- 0,1 2 0,003 - 2

бензальдегид

- 0,003 4 0,04 - 3

АБС-пластики

стирол

- 0,01 2 0,002 - 2

акрилонитрил

- 0,02 2 0,03 - 2

альфа-метилстирол

- 0,1 3 0,04 - 3

формальдегид

- 0,1 2 0,003 - 2

сополимерстирола с метилметакрилатом

стирол
- 0,01 2 0,002 - 2
метилметакрилат
- 0,25 2 0,01 - 3
спирт метиловый
- 0,2 2 0,5 - 3
формальдегид
- 0,1 2 0,003 - 2
сополимерстирола с метилметакрилатом и акрилонитрилом
стирол
- 0,01 2 0,002 - 2
метилметакрилат
- 0,25 2 0,01 - 3
акрилонитрил
- 0,02 2 0,03 - 2
спирт метиловый
- 0,2 2 0,5 - 3
формальдегид
- 0,1 2 0,003 - 2
сополимерстирола с альфа-метилстиролом
стирол
- 0,01 2 0,002 - 2
альфа-метилстирол
- 0,1 3 0,04 - 3
бензальдегид
- 0,003 4 0,04 - 3
ацетофенон
- од 3 0,003 - 3
сополимерыстирола с бутадиеном
стирол
- 0,01 2 0,002 - 2
1,3-бутадиен
- 0,05 4 1,0 - 4
ацетальдегид
- 0,2 4 0,01 - 3
ацетон
- 0,1 3 0,35 - 4
спирты:
метиловый
- 0,2 2 0,5 - 3
бутиловый
- 0,5 2 0,1 - 3
вспененныеполистиролы
стирол
- 0,01 2 0,002 - 2
спирт метиловый
- 0,2 2 0,5 - 3
формальдегид
- 0,1 2 0,003 - 2
1.3.Поливинилхлоридные пластики
жесткийПВХ
винил хлористый

- 0,01 2 0,01
1
ацетальдегид
- 0,2 4 0,01 - 3
ацетон
- 0,1 3 0,35 - 4
спирты:
метиловый
- 0,2 2 0,5 - 3
пропиловый
- 0,1 4 0,3 - 3
изопропиловый
- 0,1 4 0,6 - 3
бутиловый
- 0,5 2 0,1 - 3
изобутиловый
- 0,5 2 0,1 - 4
бензол
- 0,01 1 0,1 - 2
толуол
- 0,5 4 0,6 - 3
цинк
- 1,0 3 - - -
олово
2,0 - 3 - - -
пластифицированныйПВХ, дополнительно к показателям, указанным для жесткого ПВХ следует определять
диоктилфталат
- 2,0 3 - 0,02 -
дидодецилфталат
- 2,0 3 - 0,1 -
диизододецилф талат
- 2,0 3 - 0,03 -
дибутилфталат
- 0,2 3 - - -
диэтиленгликоль
- 1,0 3 0,2 - 4
ПВХ-волокна(хлорин, волокна на основе перхлорвинила), дополнительно к показателям,указанным для жесткого ПВХ, следует определять
хлористый водород
- - - 0,1 - 2
диметилформа МИД
- 10,0 4 0,03 - 2
дихлорметан(метиленхлорид)
- 0,02 1 8,8 - 4
1,2-дихлорэтан
- 0,02 2 1 - 2
хлористый водород
- - - 0,1 - 2
хлорорганическиесоединения (конкретные вещества определять по рецептуре)
1.4.Поливинилоспиртовые (ЛВС, винол)
винил хлористый

- 0,01 2 0,01 - 1

формальдегид

- 0,1 2 0,003 - 2

1.5.Полимеры на основе винилацетата и его производных: поливинилацетат,поливиниловый спирт, сополимерная дисперсия винилацетата с дибутилмалеинатом

винилацетат

- 0,2 2 0,15 - 3

формальдегид

- 0,1 2 0,003 - 2

ацетальдегид

- 0,2 4 0,01 - 3

гексан

- 0,1 4 - - -

гептан

- 0,1 4 - - -

1.6.Полиакрилаты

акрилонитрил

- 0,02 2 0,03 - 2

метилакрилат

0,02 4 0,01 - 4

метилметакрилат

- 0,25 2 0,01 - 3

бутилакрилат

- 0,01 4 0,0075 - 2

гексан

- 0,1 4 - - -

гептан

- 0,1 4 - - -

1.7.Полиакрилонитрильные волокна (ПАН, нитрон, др.)

акрилонитрил

- 0,02 2 0,03 - 2

метилакрилат

- 0,02 4 0,01 - 4

метилметилакрилат

- 0,25 2 0,01 - 3

диметилформамид

- 10,0 4 0,03 - 2

винилацетат

- 0,2 2 0,15 - 3

1.8.Полиорганосилаксаны (силиконы) при наличии фенильной группы

формальдегид

- 0,1 2 0,003 - 2

ацетальдегид

- 0,2 4 0,01 - 3

спирты:

метиловый

- 0,2 2 0,5 - 3

бутиловый

- 0,5 2 0,1 - 3

бензол

- 0,01 1 0,1 - 2

фенол
- 0,05 4 0,003 - 2
1.9.Полиамиды:
полиамид6 (поликапроамид, капрон, анид)
Е-капролактам
- 0,5 4 0,06 - 3
формальдегид
- 0,1 2 0,003 - 2
фенол
- 0,05 4 0,003 - 2
бензол
- 0,01 1 0,1 - 2
полиамид66, (полигексаметилен-адипамид, найлон)
гексаметилендиамин
- 0,01 2 0,001 - 2
спирт метиловый
- 0,2 1 0,5 - 3
формальдегид
- 0,1 2 0,003 - 2
бензол
- 0,01 1 0,1 - 2
полиамид610
(полигексаметилен-себацинамид)
гексаметилендиамин
- 0,01 2 0,001 - 2
спирт метиловый
- 0,2 2 0,5 - 3
формальдегид
- 0,1 2 0,003 - 2
бензол
- 0,01 1 0,1 - 2
полиакриламид
акриламид
- 0,0001 1 - 0,005 -
формальдегид
- 0,1 2 0,003 - 2
1.10.Полиуретаны (спандекс, др.)
этиленгликоль
- 1,0 3 - 1,0 -
ацетальдегид
- 0,2 4 0,01 - 3
формальдегид
- 0,1 2 0,003 - 2
ацетон
- 0,1 3 0,35 - 4
спирты:
-
метиловый
- 0,2 2 0,5 - 3
пропиловый
- 0,1 4 0,3 - 3
изопропиловый

- 0,1 4 0,6 - 3

бензол

- 0,01 1 0,1 - 2

толуол

- 0,5 4 0,6 - 3

1.11.Полиэфиры:
полиэтиленоксид
формальдегид

- 0,1 2 0,003 - 2

ацетальдегид

- 0,2 4 0,01 - 3

полипропиленоксид
метилацетат

- 0,1 3 0,07 - 4

ацетон

- 0,1 3 0,35 - 4

формальдегид

- 0,1 2 0,003 - 2

ацетальдегид

- 0,2 4 0,01 - 3

политетраметиленоксид
пропиловый спирт

- 0,1 4 0,3 - 3

ацетальдегид

- 0,2 4 0,01 - 3

формальдегид

- 0,1 2 0,003 - 2

полифениленоксид
фенол

- 0,05 4 0,003 - 2

формальдегид

- 0,1 2 0,003 - 2

спирт метиловый

- 0,2 2 0,5 - 3

полиэтилентерефталати сополимеры на основе терефталевой кислоты (лавсан, полиэстер, дакрон,мерсилен, дагрофил)
ацетальдегид

- 0,2 4 0,01 - 3

этиленгликоль

- 1,0 3 - 1,0 -

диметилтерефталат

- 1,5 4 0,05 - 2

формальдегид

- 0,1 2 0,003 - 2

спирты:
метиловый

- 0,2 2 0,5 - 3

бутиловый

- 0,5 2 0,1 - 3

изобутиловый

- 0,5 2 0,1 - 4

ацетон

- 0,1 3 0,35 - 4

поликарбонат
фенол

- 0,05 4 0,003 - 2

дифенилолпропан

- 0,01 4 - 0,04 -

метиленхлорид(дихлорметан)

- 0,02 1 8,8 - 4

хлорбензол

- 0,02 3 0,1 - 3

полисульфон
дифенилолпропан

- 0,01 4 - 0,04 -

фенол

- 0,05 4 0,003 - 2

бензол

- 0,01 1 0,1 - 2

полифениленсульфид
фенол

- 0,05 4 0,003 - 2

ацетальдегид

- 0,2 4 0,01 - 3

спирт метиловый

- 0,2 2 0,5 - 3

дихлорбензол

- 0,002 3 - 0,03 -

бор (В)

- 0,5 2 - - -

прииспользовании в качестве связующего:
фенолоформальдегидныхсмол
фенол

- 0,05 4 0,003 - 2

формальдегид

- 0,1 2 0,003 - 2

кремнийорганическихсмол
формальдегид

- 0,1 2 0,003 - 2

ацетальдегид

- 0,2 4 0,01 - 3

фенол

- 0,05 4 0,003 - 2

спирты:
метиловый

- 0,2 2 0,5 - 3

бутиловый

- 0,5 2 0,1 - 3

эпоксидныхсмол
эпихлоргидрин

- 0,1 2 0,2 - 2

Фенол

- 0,05 4 0,003 - 2

дифенилолпроп ан

- 0,01 4 - 0,04 -

формальдегид

- 0,1 2 0,003

2

1.12.Фторопласты: фторопласт-3, фторопласт-4, тефлон, полифен

фтор-ион (суммарно)

- 0,5 2 - - -

формальдегид

- 0,1 2 0,003

2

ацетальдегид

- 0,2 4 0,01 - 3

цинк

- 1,0 3 - - -

гексан

- 0,1 4 - - -

гептан

- 0,1 4 - - -

1.13.Пластмассы на основе фенолоальдегидных смол (фенопласты)

формальдегид

- 0,1 2 0,003 - 2

ацетальдегид

- 0,2 4 0,01 - 3

фенол

- 0,05 4 0,003 - 2

1.14.Полиформальдегид

формальдегид

- 0,1 2 0,003 - 2

ацетальдегид

- 0,2 4 0,01 - 3

1.15.Аминопласты (массы прессованные карбамидо- и меламиноформальдегидные)

формальдегид

0,1 2 0,003

2

1.16.Полимерные материалы на основе эпоксидных смол

эпихлоргидрин

- 0,1 2 0,2 - 2

фенол

- 0,05 4 0,003 - 2

дифенилолпропан

- 0,01 4 - 0,04 -

формальдегид

- 0,1 2 0,003 - 2

1.17.Иономерные смолы, в т.ч. серлин

формальдегид

- 0,1 2 0,003 - 2

ацетальдегид

- 0,2 4 0,01 - 3

ацетон

- 0,1 3 0,35 - 4

спирт метиловый

- 0,2 2 0,5 - 3

цинк
- 1,0 3 - - -
1.18.Целлюлоза
этилацетат
- 0,1 2 0,1 - 4
формальдегид
- 0,1 2 0,003 - 2
бензол
- 0,01 1 0,1 - 2
ацетон
- 0,1 3 0,35 - 4
1.19.Эфирцеллюлозные пластмассы (этролы)
этилацетат
- 0,1 2 0,1 - 4
ацетальдегид
- 0,2 4 0,01 - 3
формальдегид
- 0,1 2 0,003 - 2
спирты:
метиловый
- 0,2 2 0,5 - 3
изобутиловый
- 0,5 2 0,1 - 4
ацетон
- 0,1 3 0,35 - 4
1.20.Коллаген (биополимер)
формальдегид
- 0,1 2 0,003 - 2
ацетальдегид
- 0,2 4 0,01 - 3
этилацетат
- 0,1 2 0,1 - 4
бутилацетат
- 0,1 4 0,1 - 4
ацетон
- 0,1 3 0,35 - 4
спирты:
метиловый
- 0,2 2 0,5 - 3
пропиловый
- 0,1 4 0,3 - 3
изопропиловый
- 0,1 4 0,6 - 3
бутиловый
- 0,5 2 0,1 - 3
изобутиловый
- 0,5 2 0,1 - 4
2.Полимерные стоматологические композиции (с учетом состава материалов)
метилакрилат
- 0,02 4 0,01 - 4
метилметакрилат
- 0,25 2 0,01 - 3

бутилакрилат
- 0,01 4 0,0075 - 2
дифенилолпропан
- 0,01 4 - 0,04 -
эпихлоргидрин
- 0,1 2 0,2 - 2
цинк
- 1,0 3 - - -
3.Резины, латексы на основе:
3.1.Каучук натуральный (смокедшит, светлый креп)
Переченьконтролируемых веществ определяется, исходя из рецептуры
3.2.Синтетические каучуки
бутиловый(БК), хлорбутиловый (НТ)
изобутилен
- 0,5 3 10 - 4
изопрен
- 0,01 4 0,5 - 3
изопреновый(СКИ, СКИЛ)
изопрен
- 0,01 4 0,5 - 3
хлоропреновый(наирит)
хлоропрен
- 0,01 2 0,002 - 2
бутадиеновый(СКД-ЛР), натрий бутадиеновый (СКБ)
1,3-бутадиен
0,05 4 1,0
4
бутадиеннитрильныеразных марок (СКН, СКД, др.)
1,3-бутадиен
- 0,05 4 1,0 - 4
акрилонитрил
- 0,02 2 0,03 - 2
бутадиенстирольные(СКС, СРС, др.)
1,3-бутадиен
- 0,05 4 1,0 - 4
стирол
- 0,01 2 0,002 - 2
бутадиенметилстирольные(СКМС, СРСМ,
др.)
1,3-бутадиен
- 0,05 4 1,0 - 4
альфа-метилстирол
- 0,1 3 0,04 - 3
полиуретановый
1,3-бутадиен
- 0,05 4 1,0 - 4
3.3.Латексы
натуральный,изопреновый
изопрен
- 0,01 4 0,5 - 3
наоснове бутилкаучука
изобутилен

- 0,5 3 10 - 4

изопрен

- 0,01 4 0,5 - 3

бутадиенстирольныйи стиролбутадиеновый

1,3-бутадиен

- 0,05 4 1,0 - 4

стирол

- 0,01 2 0,002 - 2

бутадиеннитрильный

1,3-бутадиен

- 0,05 4 1,0 - 4

акрилонитрил

- 0,02 2 0,03 - 2

хлоропреновый(неопреновый)

хлоропрен

- 0,01 2 0,002 - 2

поливинилхлоридный

винил хлористый

- 0,01 2 0,01 - 1

ацетальдегид

- 0,2 4 0,01 - 3

ацетон

- 0,1 3 0,35 - 4

карбоксилатные,в зависимости от состава

1,3-бутадиен

- 0,05 4 1,0 - 4

стирол

- 0,01 2 0,002 - 2

акрилонитрил

- 0,02 2 0,03 - 2

акриловая кислота

- 0,5 2 0,04 - 3

метакриловая кислота

- 1,0 3 0,2 - 4

полистирольный

стирол

- 0,01 2 0,002 - 2

спирты:

метиловый

- 0,2 2 0,5 - 3

бутиловый

- 0,5 2 0,1 - 3

полиуретановый

1,3-бутадиен

- 0,05 4 1,0 - 4

3.4.Резины рентгеноконтрастные с использованием в качестве наполнителя окисловсвинца или бария на основе каучуков:

свинец

- 0,03 2 - - -

барий

0,1 2

бутадиеннитрильных

1,3-бутадиен

- 0,05 4 1,0 - 4

акрилонитрил

- 0,02 2 0,03 - 2

бутадиенстирольных

1,3-бутадиен

- 0,05 4 1,0 - 4

стирол

- 0,01 2 0,002 - 2

глетсвинцовый (допускается только для изготовления рентгеноконтрастных резин)

свинец

- 0,03 2 - - -

Тканеваяи нетканевая основы резиновых и латексных материалов

Переченьконтролируемых веществ определяется, исходя из состава материалов

-

3.5.Во всех резинах и латексах, в том числе: в резинах и латексах с неизвестнойрецептурой

формальдегид

- 0,1 2 0,003 - 2

цинк

- 1,0 3 - - -

3.6.В зависимости от состава резин и латексов должны контролироваться:

Вулканизующиеагенты и ускорители вулканизации

тиурамД для укупорочных пробок и резин, контактирующих с кровью для прочих изделий

тетраметилтиурамдисульфид

0,5 0,05 2 0,02 - 3

тиурамЕ для резин, контактирующих с кровью для прочих изделий

тетраэтилтиурамдисульфид

- 0,05 3 0,03 - 3

0,5

- - - -

тиурамЭФ

диэтилдифенилтиурамдисульфид

1,0 - - - - -

циматдля резин, контактирующих с кровью

диметилдитиокарбаматцинка

0,05 - - - - -

дляпрочих изделий

0,5 - - - - -

этилциматдля резин, контактирующих с кровью

диэтилдитиокарбаматцинка

0,05 - - - - -

дляпрочих изделий

0,5

- - - -

этилфенилдитиокарбамат цинка

этилфенилдитиокарбаматцинка

1,0 - - - - -

дифенилгуанидиндля изделий, контактирующих с кожей

дифенилгуанидин

0,5 - - - 0,005

дляпрочих изделий

0,15 - - - - -
альтакс
2,2-дибензтиазолдисульфид
- 0,4 3 0,03 - 3
каптакс
2-меркаптобензтиазол
- 0,4 4 0,012 - 3
сульфенамидЦ
циклогексил-2-бензтиазолсульфенамид
- 0,4 4 0,2 - 4
суммарнаямиграция веществ класса тиазолов
0,4 - - - - -
Противостарители
агидол-2
2,2-метилен-бис(4-метил-6-трет-бутил-фенол
2,0 - - - - -
агидол-40
2,4,6-трис-(3,5-ди-трет-бутил-4-окси-бензил)-мезитилен
1,0 - - - - -
неозонД (нафтам-2)
фенил-2-нафтиламин
0,2 - - - 0,03 -
Активаторыускорителей
белилацинковые
цинк
- 1,0 3 - - -
Наполнители
аэросил
кремний
- 10,0 2 - - -
барийсернокислый и углекислый
барий
- 0,1 2 - - -
литопон
барий
- 0,1 2 - - -
цинк
- 1,0 3 - - -
Мягчителии пластификаторы
маслоиндустриальное, масло-мягчитель (нетоксол)
бензол
- 0,01 1 0,1 - 2
толуол
- 0,5 4 0,6 - 3
полиэтиленнизкомолекулярный
этилен
- 0,5 3 3,0 - 3
полипропиленатактический (АПП)
пропилен
- 0,5 3 3,0 - 3
кислотастеариновая (стеарин)
кислота стеариновая

0,25 - 4 - - -
дибутилфталат
дибутилфталат
- 0,2 3 - - -
диоктилфталат
диоктилфталат
- 2,0 3 - 0,02 -
ренацит(цинковая соль пентахлортиофенола)
хлорфенол
- 0,001 4 - - -
цинк
- 1,0 3 - - -
синтетическиежирные кислоты (в зависимости от состава)
капроновая кислота
- - - 0,005 - 3
метакриловая кислота
- 1,0 3 0,01 - 3
олеиновая кислота
- 0,5 4 - 0,1 -
Поверхностно-активныевещества (эмульгаторы, диспергаторы, стабилизаторы), в зависимости от состава
олеиноваякислота
олеиновая кислота
- 0,5 4 - 0,1 -
Стабилизаторысиликоновых смесей
диолыНД-8 (альфа, омега-дигидроксиполи-диметилсилоксаны)
полиметилгидроксисилоксан
- 2,0 4 - - -
Вещества,регулирующие pH латексных смесей
аммиакводный
аммиак и аммоний ион
- 1,5 4 2,0 - 4
Вспомогательныевещества
бензин
бензол
- 0,01 1 0,1 - 2
толуол
- 0,5 4 0,6 -
ксилол
ксилол
- 0,05 3 0,2 - 3
толуол
толуол
- 0,5 4 0,6 - 3
натрийкарбоксиметилцеллюлоза
карбоксиметилцеллюлозанатриевая соль
- 2,0 3 - - -
полиэтиленоваяпленка
формальдегид
- 0,1 2 0,003 - 2
ацетальдегид
- 0,2 4 0,01 - 3

спирт метиловый
- 0,2 2 0,5 - 3
триэтаноламин
триэтаноламин
- 1,0 4 - 0,04 -
цинкуглекислый
цинк
- 1,0 3 - - -
4.Материалы из натурального волокна (окрашенные, отбеленные и т.п.); контролькрасителей, пигментов проводить по п. 6 настоящей таблицы
суммарно попестицидам:
пентахлорфенол
0,05 2 - 0,02 -
остаточный активныйхлор
не допускается
формальдегид
- 0,1 2 0,003 - 2
5.Материалы на основе искусственного волокна
вискозные,ацетатные на основе целлюлозы
сероуглерод
- 1,0 4 0,005 - 2
аммиак
- 1,5 4 2,0 - 4
уксусная кислота
- 1,0 4 0,06 - 3
ацетон
- 0,1 3 0,35 - 4
формальдегид
- 0,1 2 0,003 - 2
6.Бумага, картон, пергамент, подпергамент
6.1.Бумага
этилацетат
- 0,1 2 0,1 - 4
формальдегид
- 0,1 2 0,003 - 2
ацетальдегид
- 0,2 4 0,01 - 3
ацетон
- 0,1 3 0,35 - 4
спирты:
метиловый
- 0,2 2 0,5 - 3
бутиловый
0,5 2 0,1 - 3
бензол
- 0,01 1 0,1 - 2
толуол
- 0,5 4 0,6 - 3
свинец
- 0,03 2 - - -
цинк
- 1,0 3 - - -

мышьяк

- 0,05 2 - - -

хром (по Cr(6+))

- 0,05 3 - - -

6.2.Бумага парафинированная дополнительно к показателям, указанным для бумаги,следует определять

гексан

- 0,1 4 - - -

гептан

- 0,1 4 - - -

бенз(а)пирен

не допускается

6.3.Картон

этилацетат

- 0,1 2 0,1 - 4

бутилацетат

- 0,1 4 0,1 - 4

ацетальдегид

- 0,2 4 0,01 - 3

формальдегид

- 0,1 2 0,003 - 2

ацетон

- 0,1 3 0,35 - 4

спирты:

метиловый

- 0,2 2 0,5 - 3

изопропиловый

- 0,1 4 0,6 - 3

бутиловый

- 0,5 2 0,1 - 3

изобутиловый

- 0,5 2 0,1 - 4

бензол

- 0,01 1 0,1 - 2

толуол

- 0,5 4 0,6 - 3

ксилолы (смесьизомеров)

- 0,05 3 0,2 - 3

свинец

- 0,03 2 - - -

цинк

- 1,0 3 - - -

мышьяк

- 0,05 2 - - -

хром (по Cr(6+))

- 0,05 3 - - -

картонмелованный дополнительно следует определять

титан

- 0?1 3 - - -

алюминий

- 0,5 2 - - -

барий

- 0,1 2 - - -

6.5.Пергамент растительный

этилацетат

- 0,1 2 0,1 - 4

формальдегид

- 0,1 2 0,003 - 2

спирты:

метиловый

- 0,2 2 0,5 - 3

пропиловый

- 0,1 4 0,3 - 3

изопропиловый

- 0,1 4 0,6 - 3

бутиловый

- 0,5 2 0,1 - 3

изобутиловый

- 0,5 2 0,1 - 4

ацетон

- 0,1 3 0,35 - 4

свинец

- 0,03 2 - - -

цинк

- 1,0 3 - - -

мышьяк

- 0,05 2 - - -

медь

- 1,0 3 - - -

железо

- 0,3
- - -

хром (по Cr(6+))

- 0,05 3 - - -

4.6.Подпергамент (бумага с добавками, имитирующими свойства пергаментарастительного)

кроме указанных вышевеществ следует определять:

ацетальдегид

- 0,2 4 0,01 - 3

фенол

- 0,05 4 0,003 - 2

эпихлоргидрин

- 0,1 2 0,2 - 2

Е-капролактам

- 0,5 4 0,06 - 3

бензол

- 0,01 1 0,1 - 2

толуол

- 0,5 4 0,6 - 3

ксилолы (смесьизомеров)

- 0,05 3 0,2 - 3

титан

- 0,1 3 - - -

кадмий

- 0,001 2 - - -

6.Красители, пигменты (в зависимости от химического состава) на основе бензидина

не допускается не допускается

свинец

- 0,03 2 - - -

кадмий

- 0,001 2 - - -

мышьяк

- 0,05 2 - - -

хром (по Cr(6+))

- 0,05 3 - - -

кобальт

- 0,1 2 - - -

медь

- 1,0 3 - - -

никель

- 0,02 2 - - -

ртуть

- 0,005 1 - - -

7.Металлы из полимерных, резиновых, латексных и других материалов, исходя изрецептуры

цинк

- 1,0 3 - - -

свинец

- 0,03 2 - - -

хром (по Cr(6+))

- 0,05 3 - - -

олово

- 1,0 3 - - -

медь

- 1,0 3 - - -

кадмий

- 0,001 2 - - -

железо

- 0,3 3 - - -

марганец

- 0,1 3 - - -

барий

- 0,1 2 - - -

никель

- 0,02 2 - - -

Примечание.(1) Конкретный перечень веществ, подлежащих контролю в модельных средах приоценке материалов и изделий медицинского назначения, может быть уточнен сучетом их состава, назначения и условий эксплуатации.

Таблица 30

Санитарно-гигиенические интегральные показатели оценкиматериалов и состояния водных вытяжек из материалов изделий медицинскогоназначения

Контролируемыепоказатели, единицы измерения Допустимые значения

Показателиоценки материалов ИМН

Запах,баллы

Не более 1

Показателиоценки водных вытяжек из материалов ИМН
Залах,баллы
0
Привкус(1),баллы
0
Мутность,осадок, описательно
не допускается
Измененциецветности
не допускается
Восстановительныепримеси, мл 0,02 Н раствора $Na_2S_2O_3$
не более 1,0
ЗначениерН, ед.рН
5,5-7,5
Измененциезначения рН по сравнению с контролем, ед.рН:
-для изделии, контактирующих с кровью
в пределах +-0,5
-для остальных изделии
в пределах +-1,0
Ультрафиолетовоепоглощение в диапазоне длин волн от 220 до 360 нм, ед.О.П.:
-для контейнеров для крови
не более 0,2
-для устройств комплектных эксфузионных, инфузионных и трансфузионныходнократного применения
не более 0,1
-для остальных изделий
не более 0,3
Перманганатнаяокисляемость (ПО), мгО2/л(2)
- для диализаторов типаДИП
не более 1,0
-магистралей кровопроводящих
не более 0,5
-фильтров крови типа ФК
не более 2,5
-для оксигенаторов
не более 2,0
-для изделий из резин, предназначенных для контакта с инъекционными идиффузионными препаратами
не более 3,0
Бромируемость,мгBr2/л(2)
-для диализаторов типа ДИП, магистралей кровопроводящих
не более 0,3
-фильтров крови типа ФК
не более 6,0
-для оксигенаторов
не более 1,0
-для остальных изделий
не более 0,3
Примечание.
(1) Показательопределяется при оценке материалов изделий, предназначенных для контакта сослизистыми оболочками полости рта.
(2) Показательопределяется при необходимости решения спорных вопросов, при пограничныхзначениях прочих показателей.

Таблица 31

Токсикологические и клинико-лабораторные показателибезопасности оценки материалов медицинских изделий и водных вытяжек из них и ихдопустимые значения

| Наименование показателяКритерии, единицы измерения | Допустимые значения |
|---|---|
| Показателитоксикологической оценки водных вытяжек из материалов изделий | |
| 1.1 | |
| Раздражающеедействие | |
| 1.1.1 | |
| Раздражающеедействие на кожу<br>гиперемия,баллы | <br>0 |
| 1.1.2 | |
| Раздражающеедействие на слизистые оболочки<br>гиперемия,баллы | <br>0 |
| 1.2 | |
| Показателиострой, подострой и субхронической токсичности при введении в желудок, вбрюшину (1) | |
| 1.2.1 | |
| Смертность<br>гибельживотных | <br>отсутствие |
| 1.2.2 | |
| Клиническиесимптомы интоксикации<br>неопрятностьживотных (взъерошенность), снижение потребления корма, снижение двигательнойактивности | <br>отсутствие |
| 1.2.3 | |
| Измененияемассы тела<br>достоверныеизменения массы тела животных в опытной группе по сравнению с контролем | <br>отсутствие |
| 1.2.4 | |
| Массовыекоэффициенты (2) внутренних органов (тимуса, селезенки, печени или др. - в зависимостиот состава и назначения материала)<br>достоверныеразличия массовых коэффициентов внутренних органов животных в опытной группе,по сравнению с контролем | <br>отсутствие |
| 1.2.5 | |
| Макроскопическиеизменения внутренних органов и тканей<br>визуальныеизменения внутренних органов и тканей | <br>отсутствие |
| 1.3 | |
| Показателиострой токсичности при внутрикожном введении<br>воспалительнаяреакция кожи, оцениваемая по наличию гиперемии, баллы | <br>0 |
| 1.4 | |
| Сенсибилизирующеедействие<br>попоказателям и критериям п.п. 1.4.1-1.4.6 | <br>отсутствие |
| 1.4.1 | |
| Провокационнаявнутрикожная проба | |

количествоположительных реакций в виде гиперемии при внутрикожном введении разрешающейдозы водной вытяжки
0
1.4.2
Конъюнктивальныйтест
количествоположительных реакций в виде гиперемии при нанесении разрешающей дозы воднойвытяжки на конъюнктиву
0
1.4.3
Реакцияспецифической агломерации лейкоцитов (РСАЛ)
показательРСАЛ - отношение процентов агломерированных лейкоцитов с антигеном и без него впробах крови животных подопытной группы к контрольной, кратность
от1,0 до 1,5
1.4.4
Реакцияспецифического лизиса лейкоцитов (РСЛЛ)
показательРСЛЛ - процентное отношение разницы абсолютного количества лейкоцитов в пробахкрови без антигена и с антигеном к абсолютному их количеству в пробах крови безантигена, %
неболее 10
1.4.5
Лейкоцитарнаяформула, количество эозинофилов
количествоэозинофилов на 100 клеток, шт.
неболее 5
1.4.6
Реакциядегрануляции тучных клеток (РДТК)
показательреакции РДТК, относительные единицы
неболее 1,31 (отрицательный)
1.5
Гемолитическийтест
процентгемолиза, %
неболее 2
1.6
Пирогенность
суммарноеповышение ректальной температуры в группе из 3-х подопытных животных до и послевведения водной вытяжки, °С
неболее 1,4 (апирогенно)
1.7
Общетоксическоеи кожно-раздражающее действие на культуре подвижных клеток in vitro (3)
процентноеотношение суммарной двигательной активности тест-объекта (спермы крупногорогатого скота) в опытной и контрольной пробах (индекс токсичности), %
впределах 70-120
Показатели оценкибезопасности материалов
2.1
Показателитоксикологической оценки
2.1.1
Показателиострой, подострой и субхронической токсичности при введении в желудок (дляматериалов, попадание которых в организм возможно per os) (1)
малаятоксичность при введении в желудок по ГОСТ12.1.007-76, DL_50, мг/кг
>5000
кумулятивноедействие
отсутствие

2.1.2
Кожно-резорбтивноедействие (для различных форм материалов - жидких, геле-, пастообразных и др.)
неопрятностьживотных (взъерошенность), снижение потребления корма, снижение двигательнойактивности
отсутствие
2.1.3
Прочиематериалы и показатели
порazделу 1.2 настоящей таблицы, в зависимости от состава и назначения, другиепоказатели (4)
2.2
Клинико-лабораторныепоказатели
2.2.1
Компрессныйили капельный методы
критериикожно-раздражающего, сенсибилизирующего и кожно-резорбтивного действияматериалов
отсутствиепризнаков воздействия
Примечания.1) объем испытаний в конкретных случаях определяется, исходя из составаматериалов и назначения изделий; 2) массовый коэффициент - процентное отношениемассы органа к массе тела; 3) допускается применение других альтернативныхметодов оценки материалов с использованием клеточных тест-объектов; 4) длянекоторых материалов могут решаться вопросы отдаленных последствий применения,оценка которых должна производиться по утвержденным токсикологическимметодикам.

Таблица 32

Микробиологические показатели безопасности материалов иизделий медицинского назначения (1)

| Микробиологическиепоказатели | Допустимые значения |
|---|---|
| Общееколичество мезофильных аэробных и факультативно-анаэробных бактерий (МАФАнМ),КОЕ (2) в 1 г (см$^3$) продукции | не более 10 |
| Дрожжи, дрожжеподобные,плесневые грибки, КОЕ (2) в 1 г (см$^3$) продукции | Отсутствие |
| Бактериисемейства Enterobacteriaceae в 1 г (см$^3$) продукции | Отсутствие |
| Патогенныестафилококки в 1 г (см$^3$) продукции | Отсутствие |
| Pseudomonas-aeruginosa | Отсутствие |

Примечания.
1) Требованияраспространяются на нестерильные изделия.
2) КОЕ -колониеобразующих единиц в 1 г или 1 см$^3$ продукции

Таблица 33

Временные допустимые уровни синусоидальныхэлектромагнитных полей диапазона частот свыше 1 Гц до 50 Гц (для условий производственныхвоздействий)

| Контролируемыйпараметр | Временный допустимый уровень |
|---|---|
| Напряженностьэлектрического поля, кВ/м | 250/ f (1) |
| Индукция магнитногополя, мкТл | 5000/f (1) |

Примечание.
*f* -частота действующего электромагнитного поля

Таблица 34

Временные допустимые уровни синусоидальныхэлектромагнитных полей диапазона частот свыше 50 Гц до 10 кГц (для условийпроизводственных воздействий)

| Контролируемый параметр | Временныйдопустимый уровень |
|---|---|
| Напряженностьэлектрического поля, В/м | 500 |
| Напряженностьмагнитного поля, А/м | 50 |

Таблица 35

Временные допустимые уровни индукции импульсногомагнитного поля с частотой следования импульсов свыше 1 Гц до 50 Гц и свыше 50Гц до 100 Гц (для условий производственных воздействий)

| Контролируемый параметр | Временный допустимыйуровень |
|---|---|
| Индукцияимпульсного магнитного поля с частотой следования импульсов свыше 1 Гц до 50 Гци свыше 50 Гц до 100 Гц, мТл | 1,75 |

## Приложение8

к СанПиН2.1.3.2630-10

## Предельно допустимые уровни (ПДУ)электромагнитных излучений на рабочих местах медицинского персонала

| № п/п | Наименованиефизического фактора | ПДУ | Нормативный документ |
|---|---|---|---|
| 1 | Напряженностьпостоянного магнитного поля | 10мТл | СанПиН2.2.4.1191-03 "Электромагнитныеполя в производственных условиях" |
| 2 | Напряженностьэлектростатического поля | Устанавливаетсярасчетом в зависимости от времени пребывания персонала на рабочих местах, но неболее 60 кВ/м в течение 1 ч или 20 кВ/м в течение рабочего дня | |
| 3 | Напряженностьпеременного магнитного поля 50 Гц | Устанавливаетсяв зависимости от времени пребывания персонала на рабочих местах, но не более100 мкТл при общем и 1000 мкТл при локальном воздействии в течение рабочего дня | |
| 4 | Напряженностьпеременного электрического поля 50 Гц | Устанавливаетсярасчетом в зависимости от времени пребывания персонала на рабочих местах, но неболее 25 кВ/м или 5 кВ/м в течение рабочего дня | |
| 5 | Электромагнитноеизлучение в диапазоне 10 - 30 кГц: | Устанавливаетсяв зависимости от продолжительности воздействия, но не более: | |
| | напряженностьэлектрического поля | 500В/м в течение рабочего дня | |
| | напряженностьмагнитного поля | 50А/м в течение рабочего дня | |
| 6 | Энергетическаяэкспозиция ЭМП в диапазоне от 30 кГц (0,03 МГц) до 300 МГц | | |
| | Энергетическаяэкспозиция электрического поля при частоте | | |
| | 0,03-3МГц | 20000(В/м) 2 ч | |
| | 3-30МГц | | |

7000(В/м) 2 ч
30-300МГц
800(В/м) 2 ч
Энергетическаяэкспозиция магнитного поля при частоте
0,03-3МГц
200(А/м) 2 ч
30-50МГц
0,72(А/м) 2 ч
Энергетическаяэкспозиция плотности потока энергии в диапазоне частот 300 МГц - 300 ГГц
200(мкВт/см$^2$) 2 ч

7

Интенсивностьинфракрасного (теплового) излучения
100Вт/м$^2$
СанПиН2.2.4.548-96 "Гигиенические требования к микроклимату производственныхпомещений"

8

Интенсивностьультрафиолетового излучения
50,0Вт/м$^2$ (УФ-А)
0,05Вт/м$^2$ (УФ-В)
недопускается (УФ-С)
СН4557-88

9

Электромагнитныеизлучения видеодисплейных терминалов и персональных ЭВМ
СанПиН2.2.2/2.4.1340-03 "Гигиенические требования к персональнымэлектронно-вычислительным машинам и организации работы"
Напряженностьэлектрического поля на рабочем месте
25В/м (в диапазоне частот 5 Гц - 2 кГц)
2,5В/м (в диапазоне частот 2-400 кГц)
Плотностьмагнитного потока на рабочем месте
250нТл (в диапазоне частот 5 Гц-2 кГц)
25нТл (в диапазоне частот 2 - 400 кГц)
Напряженностьэлектростатического поля
15кВ/м
Фоновыезначения электромагнитных полей частотой 50 Гц
ГН2.1.8/2.2.4.2262-07
Предельнодопустимые уровни магнитных полей частотой 50 Гц в помещениях жилых,общественных зданий и на селитебных территориях
Электрическогополя
500В/м
Магнитногополя
10мкТл

## Приложение9

кСанПиН 2.1.3.2630-10

## Допустимые уровни звука медицинской техникив помещениях лечебно-профилактических организаций

Группы изделий медицинской техники Уровнизвукового давления, дБ, в октавных полосах со среднегеометрическими частотами,Гц Уровни звука, L_A, и эквивалентные уровни звука, L_Аэкв, ДБА
63 125250 500 1000 2000 4000 8000
I 7161 54 49 45 42 40 38 50 II 75 66 59 54 50 47 45 43 55 III 79 70 63 58 55 52 5049 60

Примечания.
1. Указанные параметрызвука следует определять по таблице в зависимости от контингентов,подвергающихся воздействию шума: I группа - пациенты, II группа - старший исредний медицинский персонал, III группа - младший медицинский и вспомогательно-техническийперсонал.
2. Для изделиймедицинской техники, работающих в повторно-кратковременном режиме (не более 20мин), допускается превышение уровня звука на 5 дБА выше указанного в таблице.

## Приложение10

к СанПиН2.1.3.2630-10

## Предельно допустимые уровни звука иэквивалентные уровни звука на рабочих местах для трудовой деятельности разныхкатегорий тяжести и напряженности, дБА

Категориинапряженности трудового процесса Категории тяжести трудового процесса легкая физическая нагрузка средняяфизическая нагрузка тяжелый труд 1 степени тяжелый труд 2 степени тяжелый труд3 степени 1 2 3 4 5 6

Напряженностьлегкой степени

80 80 75 75 75

Напряженностьсредней степени

70 70 65 65 65

Напряженныйтруд 1 степени

60 60 - - -

Напряженныйтруд 2 степени

50 50 - - -

Примечание.Категория тяжести и напряженности трудового процесса устанавливается поРуководству Р2.2.2006-05 "Руководство по гигиенической оценке факторов рабочейсреды и трудового процесса. Критерии и классификация условий труда"

## Приложение11

кСанПиН 2.1.3.2630-10

## Предельно допустимые уровни воздушногоультразвука на рабочих местах

Среднегеометрическиечастоты октавных полос, кГц Уровни звукового давления, дБ 12,5 80 16,0 90 20,0100 25,0 105 31,5-100,0 110

## Приложение12

к СанПиН2.1.3.2630-10

## Экстренная профилактика парентеральныхвирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции

Воизбежание заражения парентеральными вирусными гепатитами, ВИЧ-инфекцией следуетсоблюдать правила работы с колющим и режущим инструментарием.
Вслучае порезов и уколов немедленно обработать и снять перчатки, выдавить кровьиз ранки, вымыть руки с мылом под проточной водой, обработать руки 70 %-мспиртом, смазать ранку 5 %-м раствором йода.
Припопадании крови или других биологических жидкостей на кожные покровы это местообрабатывают 70 %-м спиртом, обмывают водой с мылом и повторно обрабатывают 70%-м спиртом.
Есликровь попала на слизистые оболочки глаз, их сразу же промывают водой или 1 %-мраствором борной кислоты; при попадании на слизистую оболочку носа -обрабатывают 1 %-м раствором протаргола; на слизистую оболочку рта - полоскать70 %-м раствором

спирта или 0,05 %-м раствором марганцево-кислого калия или 1%-м раствором борной кислоты.
Слизистыеоболочки носа, губ, конъюнктивы обрабатывают также раствором марганцево-кислогокалия в разведении 1:10 000 (раствор готовится ex tempore).
Сцелью экстренной профилактики ВИЧ-инфекции назначаются азидотимидин в течение 1месяца. Сочетание азидотимидина (ретровир) и ламивудина (эливир) усиливаетантиретровирусную активность и преодолевает формирование резистентных штаммов.При высоком риске заражения ВИЧ-инфекцией (глубокий порез, попадание видимойкрови на поврежденную кожу и слизистые от пациентов, инфицированных ВИЧ) дляназначения химиопрофилактики следует обращаться в территориальные Центры поборьбе и профилактике СПИД.
Лица,подвергшиеся угрозе заражения ВИЧ-инфекциец, находятся под наблюдениемврача-инфекциониста в течение 1 года с обязательным обследованием на наличиемаркера ВИЧ-инфекции.
Персоналу,у которого произошел контакт с материалом, инфицированным вирусом гепатита В,вводится одновременно специфический иммуноглобулин (не позднее 48 ч) и вакцинапротив гепатита В в разные участки тела по схеме 0-1- 2-6 мес. с последующимконтролем за маркерами гепатита (не ранее 3-4 мес. после введенияиммуноглобулина). Если контакт произошел у ранее вакцинированного медработника,целесообразно определить уровень анти-HBs в сыворотке крови. При наличииконцентрации антител в титре 10 МЕ/л и выше вакцинопрофилактика не проводится,при отсутствии антител - целесообразно одновременное введение 1 дозыиммуноглобулина и бустерной дозы вакцины.

**Приложение13**
к СанПиН2.1.3.2630-10

## Перечень регистрируемых нозологических формпослеоперационных инфекций

Наименованиезаболевания Шифр по МКБ-10
вирусныеи бактериальные пневмонии
J12-J15
стрептококковаясептицемия
A40
другаясептицемия, в том числе:
A41
сепсис
A41.8
газоваягангрена
A48.0
бактериальныйменингит, менингоэнцефалит и менингомиелит
G00, G04.2
энцефалит,миелит или энцефаломиелит неуточненный
G04.9
флебити тромбофлебит
180
острыйперитонит
K65.0
остеомиелит
M86
неудачныймедицинский аборт, осложнившийся инфекцией половых путей и тазовых органов
O07.0

расхождениекраев операционной раны, не классифицированное в других рубриках
T81.3
инфекция,связанная с процедурой, не классифицированная в других рубриках
T81.4
инфекция,связанная с протезом сердечного клапана, другими сердечными и сосудистымиустройствами, имплантатами и трансплантатами
T82.6,7
инфекции,обусловленные протезным устройством, имплантатом, трансплантатом в мочеполовойсистеме
T83.5,6
инфекции,обусловленные эндопротезированием, внутренним фиксирующим устройством,внутренними протезными устройствами, имплантатами, трансплантатами
T84.5,6,7
инфекцияампутированной культи
T87.4
инфекцияи воспалительная реакция, обусловленные другими внутренними протезнымиустройствами, имплантатами и трансплантатами
T85.7
инфекции,связанные с инфузией, трансфузией и лечебной инъекцией
T80.2
острыйцистит
N30.0
уретральныйабсцесс
N34.0
инфекциимочевыводящих путей без установленной локализации
N39.0
другиеинфекционные заболевания, носительство возбудителей инфекционных заболеваний,возникшие во время пребывания в лечебной организации обозначаются кодами поМКБ-10 соответственно нозологической форме

**Приложение14**
к СанПиН2.1.3.2630-10

## Порядок уборки помещений различныхструктурных отделений акушерского стационара

Приемно-смотровое отделение Родовоеотделение Отделение новорожденных Обсервационное отделение

предродовые палатыРодильный зал, боксированный родильный блок вспомогательные помещенияпослеродовое физиологическое отделение с раздельными совместным пребываниемматери и ребенка

1 2 3 4 5 6 7

Текущаяуборка
Влажная уборка 2 раза вдень с использованием моющего средства, один раз в сутки уборка с использованиемдезинфицирующего средства. После каждой уборки производится обеззараживаниевоздуха После обеззараживания воздуха УФ-излучением помещение проветривают втечение 20 минут.
Обработкупомещений роводят в следующем порядке: сначала комнату - фильтр, затемсмотровую, душевую, санузел.
1.При наличии одного родильного зала уборка с применением дезинфицирующегосредства - 1 раз в сутки при отсутствии родов, производится обеззараживаниевоздуха
После
обеззараживаниявоздуха УФ-излучением помещение проветривают в течение 20 минут.

2.При наличии двух и более родзалов (боксированных родблоков) уборку проводят вкаждом из них после приема родов
Влажнаяуборка с использованием дезинфицирующего средства не реже 1 раза в день
Ежедневновлажная уборка - 3 раза в день, из них - 2 раза с использованием моющегосредства, третий раз - с применением дезинфицирующего средства
Ежедневновлажная уборка - 3 раза в день, из них - 2 раза с использование м моющегосредства, третий раз - с применением дезинфицирую щего средства
Послекаждой уборки все объекты и поверхности в помещениях протирают салфеткой,смоченной водопроводной водой, воздух обеззараживают. После обеззараживаниявоздуха УФ-излучением помещение проветривают в течение 20 минут.
Уборкапо типу заключительной дезинфекции
Приналичии одного родильного зала уборку проводят не реже одного раза в три дня.При наличии двух родзалов.в боксированном родблоке уборку проводят поочередно вкаждом из них с применением дезинфицирующего средства. После каждой уборки всеобъекты и поверхности в помещениях протирают салфеткой, смоченной водопроводнойводой, воздух обеззараживают. После обеззараживания воздуха
УФ-излучениемпомещение проветривают в течение 20 минут. Дату проведения дезинфекциификсируют в журнале.
Одинраз в неделю
Послевыписки родильницы и новорожденного или при переводе в обсервационное отделениес применением дезинфицирующего средства
Одинраз в неделю (стены - на высоту 2 м) с применением дезинфицирующего средства
Послекаждой уборки все объекты и поверхности в помещениях протирают салфеткой,смоченной водопроводной водой, воздух обеззараживают. После обеззараживаниявоздуха УФ-излучением помещение проветривают в течение 20 минут.
Послевыписки родильницы проводят заключительную дезинфекцию.

**Приложение15**
к СанПиН2.1.3.2630-10

## Перечень регистрируемых нозологических форминфекционных заболеваний в акушерских стационарах

Наименованиезаболевания Шифр по МКБ-10
уноворожденных:
конъюнктивити дакриоцистит
P 39.1
Пиодермия
L 08.0
другиеместные инфекции кожи и подкожной клетчатки
L 08.9
флебитпупочной вены и других локализаций
I 80.8
местнаяинфекция кожи и подкожной клетчатки панариций, паронихий
L 08.9
Омфалит
P 38
Отит
H 66.0
импетиго,пемфигус, везикулопустулез
L 01
синдромстафилококкового поражения кожи (пузырчатка)
L 00
мастит

P 39.0
Энтероколит
A 04.9
пневмония(бактериальная и вирусная)
G 15; G 12
абсцесскожи, флегмона
L 02
карбункул,фурункул
L 03
менингит
G 00
остеомиелит
M 86.0,1,2,8
сепсис
P 36
постинъекционныеинфекции
T 80.2
сальмонеллезы
A 02
вирусныегепатиты B, C
B 16; B 17.1
другиеинфекционные заболевания
P 39
уродильниц:
расхождениешвов после кесарева сечения
090.0
расхождениешвов промежности
090.1
другиепослеродовые инфекции (эндометрит)
086
перитонит
K 65.0
сепсиспослеродовый
085
инфекциясоска, инфекция молочной железы
091.0; 091.1
постинъекционныеинфекции
T 80.2
пневмониябактериальная и вирусная
G 15; G 12
цистит,уретрит, пиелонефрит
N 30.0; N 34.0; N 39.0
сальмонеллезы
A 02
вирусныегепатиты B, C
B 16; B 17.1
Внутриутробныеинфекции
190