

614.3
С 18

Министерство здравоохранения и социального развития
Самарской области

**Санитарно-эпидемиологические
правила и нормативы
СанПиН 2.1.3.2630–10**

**САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ
ТРЕБОВАНИЯ К ОРГАНИЗАЦИЯМ,
ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИМ
МЕДИЦИНСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ**

Часть 2

Самара 2010

УДК 614.3
ББК 51.1(2)1

Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» в 3 частях. Часть 2. – Самара : МИАЦ, 2010 – 100 с.
ISBN 978-5-901294-29-1

Утвержденные санитарные правила устанавливают санитарно-эпидемиологические требования к размещению, устройству, оборудованию, содержанию, противоэпидемическому режиму, профилактическим и противоэпидемическим мероприятиям, условиям труда персонала, организации питания пациентов и персонала организаций, осуществляющих медицинскую деятельность. Детально прописаны требования к размещению и территории лечебно-профилактических организаций, к водоснабжению и канализации, отоплению, вентиляции, микроклимату и воздушной среде помещений, к естественному и искусственному освещению. Предусмотрены санитарно-эпидемиологические особенности организации подразделений различного профиля (приемные и палатные отделения стационаров, отделения реанимации и интенсивной терапии, акушерские стационары (отделения) и перинатальные центры). Установлены требования к организации дезинфекционных и стерилизационных мероприятий, к профилактике внутрибольничных инфекций в медицинских организациях различного профиля. В приложениях приведены, в частности: минимальные площади помещений медицинских организаций; предельнодопустимые концентрации и классы опасности лекарственных средств в воздухе помещений; допустимые уровни физических факторов, создаваемые изделиями медицинской техники; предельно допустимые уровни электромагнитных излучений на рабочих местах медицинского персонала.

УДК 614.3
ББК 51.1(2)1

ISBN 978-5-901294-29-1

Содержание

ЧАСТЬ 2

| | |
|--|----|
| III. Профилактика внутрибольничных инфекций в стационарах (отделениях) хирургического профиля | 4 |
| 1. Организация мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций .. | 4 |
| 2. Эпидемиологический надзор..... | 7 |
| 3. Основные принципы профилактики внутрибольничных инфекций..... | 17 |
| 4. Профилактика внутрибольничных инфекций в операционном блоке и перевязочных..... | 23 |
| 5. Профилактика внутрибольничных инфекций в отделениях реанимации и интенсивной терапии..... | 28 |
| 6. Дезинфекционные и стерилизационные мероприятия..... | 31 |
| IV. Профилактика внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах (отделениях) | 36 |
| 1. Организация мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах..... | 36 |
| 2. Организация противоэпидемического режима..... | 38 |
| 3. Правила содержания структурных подразделений акушерских стационаров и перинатальных центров..... | 42 |
| 4. Организация и проведение дезинфекционных и стерилизационных мероприятий..... | 50 |
| 5. Эпидемиологический надзор за внутрибольничными инфекциями..... | 55 |
| 6. Проведение расследования и ликвидации групповых внутрибольничных заболеваний среди новорожденных детей и родильниц..... | 65 |
| V. Санитарно-гигиенические требования к стоматологическим медицинским организациям | 67 |
| 1. Общие положения..... | 67 |
| 2. Требования к размещению стоматологических медицинских организаций..... | 67 |
| 3. Требования к внутренней отделке помещений..... | 69 |
| 4. Требования к оборудованию..... | 70 |
| 5. Требования к микроклимату, отоплению, вентиляции..... | 71 |
| 6. Требования к естественному и искусственному освещению..... | 75 |
| 7. Обеспечение радиационной безопасности при размещении и эксплуатации рентгеновских аппаратов и кабинетов..... | 77 |
| 8. Санитарно-противоэпидемические мероприятия..... | 82 |
| VI. Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, оборудованию и эксплуатации фельдшерско-акушерских пунктов, амбулаторий | 91 |
| 1. Общие положения..... | 91 |
| 2. Гигиенические требования к размещению и территории..... | 91 |
| 3. Гигиенические требования к зданиям, сооружениям и помещениям..... | 92 |
| 4. Требования к внутренней отделке помещений..... | 93 |
| 5. Требования к водоснабжению и канализации..... | 94 |
| 6. Требования к отоплению, вентиляции, микроклимату и воздушной среде помещений..... | 95 |
| 7. Гигиенические требования к естественному и искусственному освещению..... | 95 |
| 8. Требования к инвентарю и технологическому оборудованию..... | 96 |
| 9. Санитарно-противоэпидемические мероприятия..... | 96 |
| 10. Гигиенические требования к условиям труда и личной гигиене медицинского и обслуживающего персонала..... | 98 |

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

1. Организация мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Медицинские работники проходят следующие обследования:

- рентгенологическое обследование на туберкулез – крупнокадровая флюорография грудной клетки (в дальнейшем – 1 раз в год);
- исследование крови на гепатит С (в дальнейшем – 1 раз в год);
- исследование крови на гепатит В не привитых (в дальнейшем – 1 раз в год); привитые обследуются через 5 лет, затем ежегодно при отсутствии ревакцинации;
- исследование крови на сифилис (в дальнейшем – по показаниям);
- исследование мазков на гонорею (в дальнейшем – по показаниям);
- исследование крови на ВИЧ-инфекцию (в дальнейшем – 1 раз в год).

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

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

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

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

микроорганизмов проводят только по эпидемиологическим показаниям.

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

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

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

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

2. Эпидемиологический надзор

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

- выявление, учет и регистрацию ВБИ у пациентов на основе клинических, лабораторных, эпидемиологических и патолого-анатомических данных;

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

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

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

2.3. Учет и регистрация ВБИ осуществляются в установленном порядке.

2.4. Учету и регистрации подлежат заболевания и осложнения в соответствии с международной статистической классификацией болезней, травм и состояний, влияющих на здоровье, 10-го пересмотра (далее – МКБ-10). Приложение 13.

2.5. При хирургическом вмешательстве отмечаются следующие виды инфекций:

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

- гнойное отделяемое из поверхностного разреза;
- выделение микроорганизмов из жидкости или ткани, полученной асептически пункцией области поверхностного разреза или из мазка из раны при наличии микроскопических признаков гнойного воспаления;
- имеется не менее двух из следующих симптомов: боль или болезненность; ограниченная припухлость; краснота; местное повышение температуры.

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

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

- гнойное отделяемое из глубины разреза в месте данного хирургического вмешательства, но не из органа/полости;
- выделение микроорганизмов из жидкости или ткани, полученное асептически пункцией области глубокого разреза или из мазка из глубины раны при наличии микроскопических признаков гнойного воспаления;

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

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

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

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

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

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

- лихорадочное состояние;

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

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

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

2.7. Специалист, выявивший случай ВБИ, формулирует диагноз в соответствии с международной статистической

классификацией болезней, травм и состояний, влияющих на здоровье, 10-го пересмотра, регистрирует в журнале учета инфекционных заболеваний и доводит информацию до врача-эпидемиолога лечебной организации или заместителя главного врача по противоэпидемическим вопросам в целях своевременного проведения противоэпидемических или профилактических мероприятий.

2.8. Информация о каждом пациенте с выявленной ВБИ предусматривает:

- дату рождения;
- отделение;
- дату поступления;
- перенесенную(ые) операцию(ии) ;
- дату(ы) операции(ий) ;
- время начала и окончания операции(ий) ;
- оперировавших хирургов;
- номер операционной;
- номер палаты;
- дату заболевания;
- дату регистрации (выявления) ВБИ;
- тип чистоты операции (класс раны);
- оценку тяжести состояния пациента;
- данные микробиологических исследований;
- диагноз в соответствии с МКБ-10;
- наличие инфекции иной локализации.

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

2.10. Поскольку внутрибольничные инфекции развиваются и выявляются не только во время пребывания больного в стационаре, но и после выписки или перевода в другой стационар и характеризуются многообразием клинических проявлений, организация сбора информации осуществляется не только в стационарах, но и в других лечебных

организациях. Все эти лечебные организации должны оперативно сообщать в органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор и в стационар, в котором проводилась операция, об установленном диагнозе ВБИ у оперированного пациента.

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

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

2.13. Общие требования к микробиологическому обеспечению эпидемиологического надзора:

- результаты микробиологических исследований необходимы для осуществления эффективного эпидемиологического надзора;

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

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

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

2.16. Забор и транспортирование клинического материала на микробиологические исследования осуществля-

ются в соответствии с техникой сбора и транспортирования биоматериалов в микробиологические лаборатории.

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

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

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

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

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

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

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

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

2.24. Эпидемиологический анализ заболеваемости предусматривает изучение уровня, структуры, динамики заболеваемости ВБИ для оценки эпидемиологической ситуации в стационаре (отделении) хирургического профиля и разработки комплекса профилактических и противоэпидемических мероприятий.

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

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

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

2.28. Анализ заболеваемости ВБИ проводится с учетом:

- сроков возникновения заболевания после операции;
- места проведения операции (номер операционной);
- длительности операции;
- времени, прошедшего с момента поступления до операции;

- продолжительности пребывания в стационаре;
- профилактического применения антибиотиков;
- типа чистоты операции (класса раны);
- оценки тяжести состояния пациента.

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

2.30. Ретроспективный анализ заболеваемости ВБИ предусматривает:

- анализ многолетней динамики заболеваемости с определением тенденции (рост, снижение, стабилизация) и темпов роста или снижения;
- анализ годового, месячного, поквартального уровней заболеваемости;
- сравнительную характеристику заболеваемости по отделениям;
- изучение структуры заболеваемости по локализации патологического процесса и этиологии;
- анализ оперативных вмешательств;
- распределение заболеваемости по срокам клинических проявлений (во время пребывания в стационаре и после выписки);
- анализ данных о формировании госпитальных штаммов;
- определение удельного веса вспышечной заболеваемости в общей структуре ВБИ;
- анализ летальности (по локализации патологического процесса и этиологии), уровень летальности и удельный вес умерших от ВБИ.

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

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

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

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

- чистые раны (неинфицированные операционные раны без признаков воспаления);
- условно чистые раны (операционные раны, проникающие в дыхательные пути, пищеварительный тракт, половые или мочевыводящие пути при отсутствии необычно го заражения);
- загрязненные (контаминированные) раны (операционные раны со значительным нарушением техники стерильности или со значительной утечкой содержимого из желудочно-кишечного тракта);
- грязные (инфицированные) раны (операционные раны, в которых микроорганизмы, вызвавшие послеоперационную инфекцию, присутствовали в операционном плане до начала операции).

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

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

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

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

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

3. Основные принципы профилактики внутрибольничных инфекций

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

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

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

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

3.5. Сроки выписки пациентов из хирургического стационара (отделения) определяются состоянием здоровья. С эпидемиологических позиций оправдана ранняя выписка пациентов. 3.6. Разрешается посещение пациентов родственниками, знакомыми. Порядок посещения отделения устанавливается администрацией лечебной организации.

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

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

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

3.10. Независимо от использования перчаток, до и после контакта с пациентом, после снятия перчаток и каждый раз после контакта с кровью, биологическими жидкостями, секретами, выделениями или потенциально контаминированными предметами и оборудованием, проводится гигиеническая обработка рук.

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

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

3.13. Запрещается надевание колпачков на использованные иглы. После использования шприцы с иглами сбрасываются в непрокальваемые контейнеры. В случае необходимости отделения игл от шприцев необходимо преду-

смотреть их безопасное отсечение (специальные настольные контейнеры с иглоотсекателями или другими безопасными приспособлениями, прошедшими регистрацию в установленном порядке).

3.14. Острые предметы сбрасывают в непрокальваемые контейнеры.

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

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

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

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

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

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

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

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

- предметы ухода, а также стетоскоп, термометр и другое используются только для данного пациента;
- перевязка пациентов проводится в палате;
- при входе и выходе из палаты персонал обрабатывает руки спиртосодержащим кожным антисептиком;
- после выписки пациента проводится заключительная дезинфекция, камерное обеззараживание постельных принадлежностей, ультрафиолетовое обеззараживание воздуха;
- после заключительной дезинфекции проводится лабораторное обследование объектов окружающей среды (в палате).

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

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

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

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

- снять перчатки;
- вымыть руки мылом и водой;
- тщательно высушить руки полотенцем однократного использования;
- обработать кожным антисептиком дважды.

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

3.27. При обработке операционного поля пациента перед хирургическим вмешательством и другими манипуляциями, связанными с нарушением целостности кожных покро-

вов и слизистых оболочек (пункции различных полостей, биопсии), предпочтение следует отдавать спиртосодержащим кожным антисептикам с красителем.

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

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

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

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

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

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

3.34. Обработку инъекционного поля проводят последовательно, двукратно, стерильной салфеткой, смоченной кож-

ным антисептиком. Время обеззараживания должно соответствовать рекомендациям, изложенным в методических указаниях/инструкции по применению конкретного средства.

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

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

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

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

- из оценки риска возникновения инфекционных осложнений;
- из эффективности применения антибиотикопрофилактики при данной операции;
- из возможных неблагоприятных последствий применения антибиотиков.

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

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

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

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

3.43. Целесообразно вводить антибиотик одновременно с началом анестезии.

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

4. Профилактика внутрибольничных инфекций в операционном блоке и перевязочных

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

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

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

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

4.2. Все двери операционной должны оставаться закрытыми за исключением тех случаев, когда есть необходимость перемещения оборудования, персонала или больного. Число персонала, которому разрешено входить в операционную, особенно после начала операции, должно быть сведено к минимуму.

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

4.4. При подготовке стерильных столов необходимо соблюдать меры асептики:

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

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

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

- визуально оценивают плотность закрытия крышки стерилизационной коробки или целостность стерилизационной упаковки однократного применения;

- проверяют цвет индикаторных меток химических индикаторов, в том числе на стерилизационных упаковочных материалах;

- проверяют дату стерилизации;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.31. В конце рабочего дня проводят уборку перевязочной с последующим обеззараживанием воздуха. Один раз в

неделю проводят генеральную уборку в перевязочной, о чем делают запись в журнале регистрации уборок.

5. Профилактика внутрибольничных инфекций в отделениях реанимации и интенсивной терапии

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.13. Необходимо ежедневно пальпировать через неповрежденную повязку место постановки катетера для определения болезненности. В случае болезненности, лихорадки неясного генеза, бактериемии необходимо осматривать место катетеризации. Если повязка мешает осмотру и пальпации места катетеризации, ее удаляют и после осмотра накладывают новую.

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

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

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

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

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

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

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

5.21. Следует использовать только стерильные катетеры.

5.22. Перед постановкой катетера тщательно обрабатывают антисептиком периуретральную область.

5.23. Катетеризацию проводят только в стерильных перчатках.

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

5.25. Для сбора мочи следует применять закрытые дренажные системы.

5.26. При отсутствии закрытых дренажных систем применяется прерывистая катетеризация.

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

5.28. Для опорожнения мочевого пузыря у каждого пациента необходимо использовать индивидуальные контейнеры.

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

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

5.31. Удаление катетеров должно проводиться в максимально короткие сроки.

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

5.33. Следует обеспечивать постоянное удаление секрета из надманжеточного пространства.

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

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

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

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

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

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

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

5.41. Следует своевременно удалять любой конденсат в контуре.

6. Дезинфекционные и стерилизационные мероприятия

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

6.2. В целях предупреждения возможного формирования резистентных к дезинфектантам штаммов микроорганизмов следует проводить мониторинг устойчивости госпитальных

штаммов к применяемым дезинфицирующим средствам с последующей их ротацией при необходимости.

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

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

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

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

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

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

кратность их проведения определяются назначением подразделения.

6.8. При проведении текущих уборок с применением растворов ДС (профилактическая дезинфекция при отсутствии ВБИ или текущая дезинфекция при наличии ВБИ) поверхности в помещениях, приборов, оборудования и другого дезинфицируют способом протирания. Для этого целесообразно использовать дезинфицирующие средства с моющими свойствами, что позволяет объединить обеззараживание объекта с его мойкой. При необходимости экстренной обработки небольших по площади или труднодоступных поверхностей возможно применение готовых форм ДС, например, на основе спиртов с коротким временем обеззараживания (способом орошения с помощью ручных распылителей) или способом протирания растворами ДС, или готовыми к применению дезинфицирующими салфетками.

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

6.10. Генеральные уборки в операционных блоках, перевязочных, процедурных, манипуляционных, стерилизационных проводят дезинфицирующими средствами с широким спектром антимикробного действия по режимам, обеспечивающим гибель бактерий, вирусов и грибов.

6.11. Генеральные уборки в палатных отделениях, врачебных кабинетах, административно-хозяйственных помещениях, отделениях и кабинетах физиотерапии и функциональной диагностики и других проводят дезинфицирующими средствами по режимам, рекомендованным для профилактики и борьбы с бактериальными инфекциями.

6.12. При использовании дезинфектантов в присутствии пациентов (профилактическая и текущая дезинфекция) заключается обеззараживание поверхностей растворами ДС способом орошения, а также применение способом протирания ДС, обладающих раздражающим действием, sensibiliziruyushimi свойствами.

6.13. Заключительную дезинфекцию проводят в отсутствие пациентов, при этом персонал, выполняющий обработку, должен использовать средства индивидуальной защиты (респиратор, перчатки, фартук), а также промаркированный уборочный инвентарь и чистые тканевые салфетки.

6.14. При проведении заключительной дезинфекции следует применять средства с широким спектром антимикробного действия. Обработку поверхностей осуществляют способом орошения с помощью гидропульта и других распыляющих устройств (установок). Норма расхода ДС составляет в среднем от 100 до 300 мл на 1 м².

6.15. Воздух в помещениях стационаров (отделений) хирургического профиля следует обеззараживать с помощью разрешенных для этой цели оборудования и/или химических средств, применяя следующие технологии:

- воздействие ультрафиолетовым излучением с помощью открытых и комбинированных бактерицидных облучателей, применяемых в отсутствие людей, и закрытых облучателей, в том числе рециркуляторов, позволяющих проводить обеззараживание воздуха в присутствии людей; необходимое число облучателей для каждого кабинета определяется расчетным путем, согласно действующим нормам;

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

- воздействие озоном с помощью установок – генераторов озона в отсутствие людей при проведении дезинфекции по типу заключительной и при проведении генеральных уборок;

- применение антимикробных фильтров.

Технология обработки и режимы обеззараживания воздуха изложены в действующих нормативных документах, а также в инструкциях по применению конкретных ДС и руководствах по эксплуатации конкретного оборудования, предназначенных для обеззараживания воздуха в помещениях.

6.16. Предметы ухода за пациентами (подкладные клеенки, фартуки, чехлы матрасов из полимерной пленки и клеенки) дезинфицируют способом протирания тканевой салфеткой, смоченной раствором ДС; кислородные маски, рожки от кислородной подушки, шланги электро/вакуум отсосов, судна, мочеприемники, тазики эмалированные, наконечники для клизм, резиновые клизмы и др. – способом погружения в раствор ДС с последующим промыванием водой. Этим же способом обеззараживают медицинские термометры. Для обработки предметов ухода (без их маркировки) за пациентами возможно использование моюще-дезинфицирующих установок, разрешенных для применения в установленном порядке.

6.17. Посуду столовую и чайную в хирургическом стационаре обрабатывают в соответствии с I Главой настоящих правил. Механическая мойка посуды в специальных моечных машинах проводится в соответствии с прилагающимися инструкциями по их эксплуатации. Мытье посуды ручным способом осуществляют в трехсекционных ваннах для столовой посуды и двухсекционных – для стеклянной посуды и столовых приборов. Посуду освобождают от остатков пищи, моют с применением моющих средств, погружают в дезинфицирующий раствор и после экспозиции промывают водой и высушивают.

При обработке посуды по эпидемиологическим показаниям столовую посуду освобождают от остатков пищи и погружают в дезинфицирующий раствор, используя режим дезинфекции, рекомендованный для соответствующей инфекции. После дезинфекции посуду тщательно промывают водой и высушивают.

6.18. Обеззараживание загрязненных выделениями и биологическими жидкостями изделий из текстильных материалов (нательного, постельного белья, полотенец, спецодежды медицинского персонала и др.) осуществляют в прачечных путем замачивания в растворах ДС перед стиркой или в процессе стирки с использованием разрешенных для этих целей ДС в стиральных машинах проходного типа по программе стирки № 10 (90 °С) согласно технологии обработки белья в медицинских организациях.

6.19. После выписки пациента постельные принадлежности (матрасы, подушки, одеяла), одежду и обувь подвергают камерной дезинфекции. При наличии на матрасах и подушках чехлов из влагонепроницаемых материалов, их обеззараживают раствором ДС способом протирания.

Допускается дезинфицировать обувь из резины и пластика погружением в разрешенные для этого растворы дезинфицирующих средств.

6.20. Обеззараживание медицинских отходов классов Б и В (комплекты однократного использования, перевязочный материал, ватно-марлевые повязки, тампоны, белье, маски, спецодежда, салфетки, изделия медицинского назначения однократного применения и др.) осуществляют в соответствии с действующими санитарными правилами.

IV. Профилактика внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах (отделениях)

1. Организация мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах

1.1. В данной главе устанавливаются основные требования к комплексу организационных, лечебно-профилактических, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, проведение которых обеспечивает предупреждение возникновения и распространения внутрибольничных инфекционных заболеваний в стационарах (отделениях) акушерского профиля лечебных организаций, перинатальных центров.

1.2. Ответственным за организацию и контроль за выполнением комплекса санитарно-противоэпидемических мероприятий по профилактике и борьбе с внутрибольничными инфекциями в родовспомогательном учреждении является руководитель ЛПО, акушерского стационара (отделения).

1.3. Организацию мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций осуществляет заместитель главного врача по эпидемиологической работе (врач-эпидемиолог). В случае отсутствия врача-эпидемиолога эта работа возлагается на заместителя главного врача по лечебной работе.

1.4. С целью контроля внутрибольничных инфекций в акушерском стационаре (отделении) приказом по учреждению создается комиссия по профилактике ВБИ во главе с главным врачом или его заместителем по лечебной работе, полномочия которой распространяются на все подразделения и службы стационара. В своей деятельности комиссия руководствуется положением, разработанным и утвержденным для конкретного учреждения.

1.5. В состав комиссии входят: заместитель главного врача по эпидемиологической работе (заместитель главного врача по лечебной работе), врач-эпидемиолог и/или помощник врача-эпидемиолога, заведующие структурными подразделениями, главная акушерка, бактериолог, патологоанатом, клинический фармаколог. При необходимости приглашаются другие специалисты. Заседания комиссии проводятся не реже одного раза в квартал.

1.6. Главный врач акушерского стационара (отделения) организует проведение инструктажа для медицинских работников по соблюдению профилактических и санитарно-противоэпидемических мероприятий с последующей сдачей зачетов два раза в год.

1.7. При поступлении на работу в акушерские стационары (отделения) медицинские работники проходят осмотр врачей: терапевта, стоматолога, отоларинголога, дерматовенеролога и гинеколога (в дальнейшем 1 раз в год). Дополнительные медицинские осмотры проводятся по показаниям.

Все медицинские работники, непосредственно оказывающие медицинскую помощь и осуществляющие уход за пациентами, проходят следующие обследования:

- рентгенологическое обследование на туберкулез – крупнокадровая флюорография грудной клетки (в дальнейшем – один раз в год);
- исследование крови на гепатит С (в дальнейшем 1 раз в год);
- исследование крови на гепатит В не привитых (в дальнейшем 1 раз в год), привитые обследуются через 5 лет, затем ежегодно при отсутствии ревакцинации;
- исследование крови на ВИЧ-инфекцию (в дальнейшем 1 раз в год).
- исследования крови на сифилис (в дальнейшем 1 раз в год);
- исследование мазков на гонорею (в дальнейшем 1 раз в год).

Другие диагностические исследования проводятся в зависимости от выявленной патологии у медицинского персонала. Результаты обследования вносятся в личную медицинскую книжку.

1.8. Персонал акушерских стационаров (отделений) должен быть привит в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок.

1.9. Обследование персонала на условно-патогенную и патогенную флору осуществляется по эпидемиологическим показаниям. Обследование медицинского персонала на носительство золотистого стафилококка в плановом порядке не проводится.

1.10. Медицинский персонал акушерских стационаров с лихорадкой, острыми воспалительными и гнойными процессами или обострением хронических гнойно-воспалительных заболеваний к работе не допускается.

1.11. Данные периодических осмотров, результаты лечения, сведения о профилактических прививках заносятся в медицинскую карту и доводятся до сведения лица, ответст-

венного за организацию и проведение мероприятий по профилактике ВБИ.

1.12. Требования к условиям труда и личной гигиене (в том числе, правила обработки рук) медицинского персонала принимаются в соответствии с главами I и II настоящих правил.

2. Организация противоэпидемического режима

2.1. В целях предупреждения возникновения и распространения внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах должны своевременно и в полном объеме проводиться предусмотренные данными санитарными правилами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации профилактические и санитарно-противоэпидемические мероприятия.

2.2. Акушерский стационар может быть устроен по типу родильного дома (отделения) или перинатального центра.

2.2.1. Акушерский стационар (отделение) может иметь послеродовое отделение с совместным и/или отдельным пребыванием матери и ребенка. В составе родильного дома предусматривается физиологическое и наблюдательное отделение. Допускается отсутствие наблюдательного отделения при наличии палат на 1–2 места и возможности планировочной изоляции одной из палатных секций в случае необходимости организации ее работы по типу наблюдательного отделения. В родильных домах с совместным пребыванием матери и ребенка необходимо предусматривать палаты интенсивной терапии для матерей и детей, а также детскую палату для здоровых новорожденных.

2.2.2. Перинатальный центр отличается от родильного дома (отделения) наличием в составе женской консультации, гинекологического отделения, отделения патологии новорожденных и недоношенных (ОПНН), а также отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных (ОРИТН).

2.3. Категорически запрещается прием в акушерский стационар женщин с послеродовыми осложнениями.

2.4. Акушерский стационар (отделение) не менее одного раза в год должен закрываться для проведения плановой дезинфекции, в том числе при необходимости – для текущего ремонта (но не менее чем на 14 календарных дней). Открытие стационара, закрывавшегося по эпидемиологическим показаниям, допускается по согласованию с органами, осуществляющими Государственный санитарный надзор.

2.5. В родовом зале при приёме родов и операционных при проведении операций медицинский персонал работает в масках одноразового применения. В отделениях новорожденных маски используют при проведении инвазивных манипуляций. Обязательно использование масок одноразового применения во всех отделениях в период эпидемиологического неблагополучия.

2.6. После любого контакта с пациентами и любой манипуляции проводится гигиеническая обработка рук.

2.7. Сроки выписки из акушерского стационара определяются состоянием здоровья матери и ребенка. С эпидемиологических позиций оправдана ранняя выписка на 3–4 сутки после родов, в том числе до отпадения пуповины.

2.8. После выписки пациентов в освободившейся палате проводят уборку по типу заключительной дезинфекции, постельные принадлежности подвергают камерной дезинфекции или обработке растворами дезсредств при наличии водонепроницаемых чехлов.

2.9. Родильный дом обязан информировать о выписке родильницы и ребенка женскую консультацию и детскую поликлинику по фактическому месту проживания для осуществления последующего патронажа.

2.10. Порядок посещения беременных и родильниц родственниками устанавливается администрацией родильного дома (отделения).

2.11. Присутствие мужа (близких родственников) при родах возможно при наличии индивидуальных родильных залов с учетом состояния женщины. Родственники, присутствующие при родах, должны быть в сменной одежде и обуви.

2.12. Для персонала должен быть предусмотрен отдельный вход, раздевалка со шкафчиками для личной и санитарной одежды, душевые. Санитарная одежда меняется ежедневно.

2.13. Во всех отделениях акушерского стационара ежедневно проводят влажную уборку с применением моющих и дезинфицирующих средств. Виды уборок помещений различных структурных подразделений акушерского стационара и кратность их проведения представлены в приложении 14.

2.14. Противоэпидемические мероприятия в отделениях (палатах) для ВИЧ-инфицированных пациенток и их новорожденных должны проводиться по типу режима отделений для больных вирусным гепатитом В. При манипуляциях (операциях) у ВИЧ-инфицированных пациенток используют инструменты и другие медицинские изделия одноразового применения. При их отсутствии инструменты многократного использования подлежат дезинфекции по режиму, установленному для профилактики парентеральных гепатитов, с последующей стерилизацией.

2.15. Медицинский персонал, принимающий роды и осуществляющий уход в послеродовом периоде, в том числе за ВИЧ-инфицированной родильницей и ее новорожденным, должен:

- соблюдать меры личной безопасности (работа в перчатках при проведении всех манипуляций, правил обработки рук, при приеме родов – использование защитных очков или экранов);
- соблюдать меры предосторожности при работе с колющими, режущими инструментами, иглами;
- свести к минимуму соприкосновение с загрязненным бельем, помещать его в маркированные мешки или контейнеры, влажное белье перевозить в непромокаемых мешках или контейнерах;
- убедиться в целостности аварийной аптечки при подготовке к проведению манипуляции больному с ВИЧ-инфекцией;

- выполнять манипуляции в присутствии второго специалиста, который может в случае разрыва перчаток или пореза продолжить ее выполнение;

- при аварийных ситуациях (порезы и уколы инструментами, контаминированными кровью и другими биологическими жидкостями, в том числе от ВИЧ-инфицированных пациентов, больных гепатитом В, С или сифилисом, а также попадание крови и других биологических жидкостей на слизистые ротоглотки, носа и глаз), провести экстренную профилактику в соответствии с приложением 12.

Особенно тщательно меры предосторожности должны соблюдаться при наличии у родильницы клиники острой инфекции, кровохарканья, открытых форм туберкулеза, острой пневмоцистной пневмонии.

3. Правила содержания структурных подразделений акушерских стационаров и перинатальных центров

3.1. Приемно-смотровое отделение.

3.1.1. При поступлении беременной женщины в акушерский стационар (отделение) вопрос о госпитализации в физиологическое или наблюдательное отделение «мать-дитя» решается на основании данных обменной карты, опроса и осмотра поступающей в стационар женщины. Следует обеспечить изоляцию потоков беременных и рожениц, поступающих в физиологическое и наблюдательное отделения. Для приема гинекологических больных необходимо иметь отдельное помещение.

3.1.2. При поступлении роженицы проводится медицинский осмотр, санитарная обработка. Бритье кожи наружных половых органов и постановка очистительной клизмы в обязательном порядке не проводятся. Душ назначается всем пациентам, выдается индивидуальный комплект белья (рубашка, полотенце, подкладная пеленка, халат). Разрешается использовать свою чистую одежду и обувь.

3.2. Родовой блок.

3.2.1. В родильных домах с преимущественно совместным пребыванием матери и ребенка предусматривается функционирование индивидуальных родовых залов, в родильных домах с раздельным пребыванием матери и ребенка соблюдается цикличность заполнения предродовых палат и родовых залов. Допускается устройство родового блока по типу «семейной комнаты».

3.2.2. В предродовой палате каждой роженице выделяют индивидуальное судно. Судно, кровать и скамеечка имеют единый маркировочный номер. Разрешается использование матрацев и подушек в герметичных клеенчатых чехлах, которые обеззараживают дезинфицирующим раствором.

3.2.3. Перед переводом в родовую зал роженицу передевают в чистое индивидуальное белье (рубашка, косынка, бахилы).

3.2.4. В родовом зале прием родов осуществляется поочередно на разных кроватях. После родов все объекты, применяемые при родах, обрабатывают с применением дезинфицирующих средств по режимам, эффективным для профилактики парентеральных вирусных гепатитов. При наличии нескольких родовых залов прием родов осуществляют поочередно в каждом из них.

3.2.5. В индивидуальном родовом зале женщина находится в течение трех периодов родов: первый период родов, роды и ранний послеродовый период (2 часа).

3.2.6. Акушерка (врач) перед приемом родов готовится как для хирургической операции.

3.2.7. При приеме родов персонал использует стерильный комплект одежды предпочтительнее одноразового пользования.

3.2.8. Новорожденного принимают в стерильную пленку. Для первичной обработки новорожденного используется стерильный индивидуальный комплект. Через 1 минуту после рождения производят пережатие и пересечение пуповины. Перед наложением пластиковой скобы (или лигатуры) персонал проводит гигиеническую обработку рук. Место

наложение зажима обрабатывается 70-процентным этиловым спиртом.

3.2.9. Первичный туалет новорожденного осуществляется в родильном зале сразу после его рождения. Ребенка вытирают теплой стерильной пеленкой и выкладывают на живот матери для контакта «кожа к коже» с последующим прикладыванием к груди. Ребенок на животе у матери укрывается стерильной (х/б) сухой теплой пеленкой и одеялом.

3.2.10. Первичная обработка кожных покровов новорожденного проводится только в случае загрязнения кожных покровов новорожденного меконием или кровью, которые смывают теплой водопроводной водой.

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

3.2.12. После взвешивания и одевания новорожденного весы и пеленальный стол протирают раствором дезинфицирующего средства. Все оборудование, используемое при оказании первичной помощи новорожденному, обеззараживают дезинфицирующими растворами по режиму, обеспечивающему гибель бактерий, вирусов и грибов. Для отсасывания слизи у новорожденного необходимо использовать баллоны и катетеры только одноразового применения.

3.3. Послеродовое физиологическое отделение с совместным и отдельным пребыванием матери и ребенка.

3.3.1. Послеродовое физиологическое отделение должно быть организовано преимущественно по принципу совместного пребывания матери и ребенка. Возможна организация палат с совместным пребыванием матери и ребенка и в наблюдательном отделении.

3.3.2. Для совместного пребывания матери и ребенка предназначены одно- или двухместные палаты. Заполнение палаты происходит в течение одних суток.

3.3.3. Палаты послеродового физиологического отделения с отдельным пребыванием матери и ребенка заполняются

ют циклично, синхронно с палатами детского отделения в течение не более 3 суток.

3.3.4. Постельное белье меняется каждые 3 дня, рубашка и полотенце – ежедневно, подкладные пеленки для родильницы – по необходимости. Допускается использование индивидуальных гигиенических прокладок и одноразового белья у матерей и одноразовых подгузников промышленного производства у новорожденных.

3.4. Отделение новорожденных.

3.4.1. Палаты новорожденных с отдельным пребыванием матери и ребенка заполняют синхронно с палатами послеродового физиологического отделения в течение не более 3 суток.

3.4.2. В отделениях (палатах) совместного пребывания матери и ребенка и при наличии небольшого количества детей в отделении (палате) новорожденных при отдельном пребывании рекомендуется грудное вскармливание по «требованию» младенца.

3.4.3. Все изделия медицинского назначения многократного использования, в том числе инструменты, применяемые для ухода за новорожденными (глазные пипетки, шпатели и др.), подлежат дезинфекции, а затем стерилизации. При проведении манипуляций используют стерильные ватные тампоны в отдельных укладках. Вскрытая и неиспользованная укладка подлежит повторной стерилизации. Для взятия стерильного материала используют стерильные пинцеты (корнцанги), которые меняют после каждого новорожденного.

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

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

3.4.6. Хранение вакцины против гепатита В, а также хранение и разведение вакцины БЦЖ осуществляется в отдельном помещении.

3.5. Порядок сбора, пастеризации, хранения грудного молока, приготовления и хранения молочных смесей.

3.5.1. В акушерских стационарах предусматривается молочная комната для сбора и пастеризации грудного молока, приготовления молочных смесей (2 помещения: для подготовки посуды и приготовления смесей). Кроме того, в перинатальных центрах при ОРИТН и ОПНН выделяют помещения для сцеживания грудного молока.

3.5.2. Для кормления новорожденного используется сцеженное грудное молоко только его матери.

3.5.3. При необходимости сцеживания грудного молока матерям выдают обеззараженную посуду.

3.5.4. В случае необходимости отсроченного кормления новорожденного сцеженным молоком (отделение реанимации и т. п.), собранное грудное молоко подвергают пастеризации.

Молоко разливают в стерильные бутылочки по 30–50 мл (по 100 мл для перинатального центра) для индивидуального использования, закрывают и пастеризуют в водяной бане (не более 5–7 минут от начала закипания воды), уровень воды в которой должен быть не ниже уровня молока в бутылочках. Бутылочки с молоком после пастеризации охлаждают до комнатной температуры и раздают для кормления детей или хранят в специальном холодильнике не более 12 часов.

3.5.5. Пастеризованное молоко, молочные смеси, питьевые растворы используются для новорожденных только по назначению врача при наличии показаний. Запрещается кормление нескольких детей из одной бутылочки. Вода и растворы для питья должны быть стерильными в индивидуальной разовой расфасовке.

3.5.6. Сухие молочные смеси после вскрытия упаковки должны иметь маркировку с указанием даты и времени вскрытия. Разведение смесей осуществляется с использованием стерильной посуды. Допускается использование готовых жидких смесей.

3.6. Обсервационное отделение.

3.6.1. В обсервационное отделение поступают роженицы, родильницы и новорожденные в соответствии с показаниями в случае отсутствия индивидуальных родильных залов или палат.

3.6.2. Показания к приему беременных и рожениц:

- лихорадочное состояние (температура тела 37,6 °С и выше без клинически выраженных других симптомов);

- инфекционная патология, в том числе:

- острые воспалительные заболевания и хронические воспалительные заболевания в стадии обострения (пиелонефрит, цистит, бронхит, пневмония, отит, пиодермия и др.);

- острые респираторные заболевания (грипп, ангина и др.);

- ВИЧ-инфекция, сифилис, вирусные гепатиты В, С, Д, гонорея, герпетическая инфекция;

- туберкулез (любой локализации при отсутствии специализированного стационара). Беременных и рожениц с открытой формой туберкулеза госпитализируют в специализированные родильные дома (отделения), при отсутствии таковых – в боксы или изоляторы обсервационного отделения с последующим переводом после родов в противотуберкулезный стационар;

- прерывание беременности по медицинским и социальным показаниям с 20 недель беременности;

- внутриутробная гибель плода, грубые аномалии развития плода, требующие досрочного родоразрешения;

- отсутствие медицинской документации и данных об обследовании рожениц;

- роды вне лечебного учреждения (в течение 24 часов после родов).

3.6.3. Переводу в обсервационное отделение из других отделений акушерского стационара подлежат беременные, роженицы и родильницы, имеющие:

- повышение температуры тела в родах и раннем послеродовом периоде до 38 °С и выше (при трехкратном измерении через каждый час);

- лихорадку неясного генеза (температура тела выше 37,6 °С), продолжающуюся более 1 суток;

- проявления экстрагенитальных инфекционных заболеваний, не требующих перевода в специализированный стационар (острая респираторная инфекция, ангина, герпес).

3.6.4. Лечение послеродовых воспалительных осложнений осуществляется в условиях гинекологического стационара (отделения).

3.6.5. Переводу и госпитализации в наблюдательное отделение подлежат:

- новорожденные, матери которых переведены из физиологического послеродового отделения в наблюдательное;

- новорожденные с видимыми врожденными и некурабельными пороками развития, не нуждающиеся в срочном хирургическом лечении;

- дети, родившиеся вне родильного дома.

3.6.6. Новорожденные с инфекционными заболеваниями переводятся в детский стационар.

3.6.7. В случае перевода новорожденного в наблюдательное отделение вместе с ним переводят и родильницу.

3.6.8. В наблюдательном отделении пациенток необходимо размещать в палаты по нозологическим формам заболеваний, беременных – отдельно от родильниц.

3.6.9. При необходимости перехода в наблюдательное отделение медицинский персонал меняет халат, надевает бахилы. Для этого у входа должны быть вешалка с чистыми халатами, емкости с бахилами.

3.6.10. Прием родов у ВИЧ-инфицированных беременных, а также у беременных с гепатитом В, С, сифилисом может осуществляться в родильных домах специализированного или общего типа. При этом прием родов производится в специально выделенной палате, предпочтительно в боксе, где родильница с ребенком находится до выписки. При необходимости оперативного вмешательства используется операционная наблюдательного отделения.

3.7. Отделения реанимации и интенсивной терапии для новорожденных (ОРИТН) и патологии новорожденных и недоношенных (ОПНН) перинатального центра.

3.7.1. Для размещения ОРИТН и ОПНН предусматриваются самостоятельные блоки помещений, с отдельным входом и выходом, изолированные от родовспомогательных и других отделений.

3.7.2. В ОРИТН и ОПНН допускается перевод новорожденных из других отделений перинатального центра или других акушерских стационаров. Перевод новорожденных из ОРИТН и ОПНН в послеродовые отделения перинатального центра или других акушерских стационаров не допускается.

3.7.3. В том случае если перинатальный центр принимает в ОПНН и ОРИТН новорожденных из других акушерских стационаров при входе в отделение предусматривается наличие помещений приема.

3.7.4. Все диагностические и лечебные процедуры лечащий или дежурный врач и медицинская сестра осуществляют непосредственно в палате. Процедурный и физиотерапевтический кабинеты предназначены только для подготовки к лечебным или диагностическим мероприятиям.

3.7.5. Перед осмотром каждого ребенка и проведением манипуляций персонал проводит обработку рук в соответствии с требованиями главы I. После осмотра ребенка в кювете проводится обработка рук антисептиком перед закрытием кювета.

3.7.6. Для осмотра новорожденных в каждой палате предусматривается пеленальный стол, оборудованный матрасиком с подогревом и лампой лучистого тепла.

3.7.7. Термометрию рекомендуется проводить электронными термометрами (ртутными термометрами невозможно фиксировать гипотермию у новорожденного). Осмотр зева новорожденных проводят одноразовым шпателем.

3.7.8. При отделениях предусматриваются помещения для фильтра (опрос, осмотр и термометрия), переодевания и отдыха проходящих матерей (других родственников по

уходу). Матери (другие родственники), перед входом в отделения надевают чистую сменную одежду, допускается использование чистой домашней одежды. В отделения запрещается приводить несовершеннолетних детей.

3.7.9. Каждый случай инфекционного заболевания (врожденного и постнатального), в том числе вызванного условно патогенными микроорганизмами, у ребенка, поступившего или находящегося в ОРИТН или ОПНН, подлежит учету и регистрации в установленном порядке.

3.7.10. ОПНН должно быть организовано преимущественно по принципу совместного пребывания матери и ребенка. В ОРИТН дети находятся без матерей, но допускается посещение ребенка родителями.

3.7.11. Матери, находящиеся в отделении совместно с ребенком, не должны посещать другие палаты отделения или другие отделения перинатального центра. В палатах ОРИТН и ОПНН запрещается хранить продукты питания, сумки, верхнюю одежду, пользоваться посторонними электроприборами, мобильными телефонами.

4. Организация и проведение дезинфекционных и стерилизационных мероприятий

4.1. С целью профилактики и борьбы с ВБИ в акушерских стационарах проводятся дезинфекционные и стерилизационные мероприятия в соответствии с требованиями глав I и II.

4.2. В акушерских стационарах дезинфекции подлежат объекты, которые могут быть факторами передачи ВБИ:

- изделия медицинского назначения;
- руки персонала;
- кожные покровы (операционное и инъекционное поле) пациентов;
- предметы ухода за больными;
- кувезы (инкубаторы);
- воздух в помещениях;

- выделения больных и биологические жидкости (мокрота, кровь и др.);
- постельные принадлежности;
- поверхности предметов и оборудования;
- медицинские отходы и др.

4.3. Дезинфекция куветов (инкубаторов).

4.3.1. Дезинфекцию куветов проводят дезинфицирующими средствами, в инструкциях по применению которых есть рекомендации по обеззараживанию куветов.

4.3.2. Для дезинфекции куветов не допускается применение хлорактивных средств, а также средств, содержащих в своем составе альдегиды, фенол и его производные.

4.3.3. Дезинфекцию наружных поверхностей куветов с целью профилактики ВБИ осуществляют ежедневно одновременно с проведением текущих уборок по режиму, обеспечивающему гибель грамотрицательных и грамположительных бактерий.

4.3.4. Обработку внутренних поверхностей и приспособлений куветов проводят по типу заключительной дезинфекции в отдельном хорошо проветриваемом помещении, оснащённом ультрафиолетовыми облучателями. Обеззараживание внутренних поверхностей и приспособлений куветов проводят перед поступлением ребенка.

4.3.5. Обработку куветов проводят после перевода новорождённого или не реже 1 раза в 7 дней. Обработку куветов следует проводить с учетом документации по эксплуатации кувета, прилагаемой к конкретной модели.

4.3.6. Перед обработкой кувета его необходимо выключить, опорожнить водяной бачок увлажнителя, в случаях, предусмотренных инструкцией по эксплуатации кувета, менять фильтры отверстия кабины, через которое в кувет поступает воздух.

4.3.7. Дезинфекцию поверхностей куветов проводят способом протирания, различных приспособлений – погружением в растворы дезинфицирующих средств по режимам (концентрация раствора, время дезинфекционной выдерж-

ки), рекомендованным для профилактики и борьбы с бактериальными, вирусными и грибковыми инфекциями, выбирая из них наиболее жесткий для данного средства (более высокие концентрации рабочих растворов и более длительное время обеззараживания) с последующим промыванием водой в соответствии с режимами отмыва, рекомендованными для изделий медицинского назначения.

4.3.8. После дезинфекции кувеза остатки дезинфицирующего раствора следует удалить многократным протиранием (смыванием) стерильными салфетками или стерильной пеленкой, обильно смоченными стерильной водой (100–150 мл). После каждого смывания необходимо поверхности вытирать насухо. По окончании обработки кувезы следует проветривать в течение времени, рекомендованном для конкретного используемого средства.

Закончив обработку, кувез закрывают крышкой и включают аппарат. Перед тем, как поместить ребенка, увлажняющую систему кувеза заливают стерильной дистиллированной водой.

4.4. Дезинфекция объектов больничной среды.

4.4.1. В помещениях различных структурных подразделений акушерского стационара проводят текущие и генеральные уборки.

4.4.1.1. При проведении текущих уборок с применением растворов дезинфицирующего средства (профилактическая дезинфекция при отсутствии ВБИ или текущая дезинфекция при наличии ВБИ) поверхности в помещениях, приборов, оборудования и др. дезинфицируют способом протирания. Для этих целей целесообразно использовать дезинфицирующие средства с моющими свойствами, что позволяет объединить обеззараживание объекта с его мойкой. При необходимости экстренной обработки небольших по площади или труднодоступных поверхностей возможно применение дезинфицирующих средств в готовой форме, например, на основе спиртов с коротким временем обеззараживания (способом орошения с помощью ручных рас-

пылителей) или способом протирания растворами дезинфицирующих средств, или готовыми к применению дезинфицирующими салфетками.

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

4.4.1.3. Генеральные уборки в операционных блоках, родильных залах, перевязочных, процедурных, манипуляционных, стерилизационных проводят дезинфицирующими средствами с широким спектром антимикробного действия по режимам, обеспечивающим гибель бактерий, вирусов и грибов рода Кандида.

4.4.1.4. Генеральные уборки в палатных отделениях, врачебных кабинетах, административно-хозяйственных помещениях, отделениях и кабинетах физиотерапии и функциональной диагностики и др. проводят дезинфицирующими средствами по режимам, рекомендованным для профилактики и борьбы с бактериальными инфекциями.

4.4.2. В присутствии пациентов запрещается обеззараживание поверхностей растворами дезинфицирующих средств способом орошения, а также применение способом протирания дезинфицирующих средств, обладающих раздражающим действием, сенсibiliзирующими свойствами.

4.4.3. При проведении заключительной дезинфекции следует применять средства с широким спектром антимикробного действия. Обработку поверхностей осуществляют способами протирания или орошения (с помощью распылителей, гидропульта и других распыливающих устройств).

4.4.4. Заключительную дезинфекцию проводят в отсутствие пациентов, при этом персонал, выполняющий обработ-

ку, должен использовать средства индивидуальной защиты, рекомендуемые в инструкциях по применению каждого конкретного средства.

4.4.5. Воздух в помещениях обеззараживают:

- фильтрацией с помощью антимикробных фильтров;
- ультрафиолетовым облучением с помощью открытых и комбинированных бактерицидных облучателей, применяемых в отсутствие людей, и закрытых облучателей, в том числе рециркуляторов, позволяющих проводить обеззараживание воздуха в присутствии людей;
- аэрозолями дезинфектантов (в отсутствие людей) с помощью специальной распыливающей аппаратуры и использованием ДС, имеющих разрешение на такой способ применения при проведении дезинфекции по типу заключительной и проведении генеральных уборок;
- озоном с помощью установок-генераторов озона в отсутствие людей при проведении дезинфекции по типу заключительной.

4.4.6. Предметы ухода за пациентами (медицинские термометры, кислородные маски, рожки от кислородной подушки, баллоны для отсасывания слизи, подкладные клеенки, судна, резиновые клизмы, тазики эмалированные и др.) обеззараживают способом погружения в раствор дезинфицирующего средства с последующим промыванием водой. Чехлы матрацев из полимерной пленки и клеенки обеззараживают способом протирания тканевой салфеткой, смоченной раствором дезинфицирующего средства. Для обработки предметов ухода за пациентами возможно использование моюще-дезинфицирующих установок, разрешенных для применения в установленном порядке.

4.4.7. Баночки для сбора молока, молокоотсосы, стеклянные воронки, соски для новорожденных, перед стерилизацией тщательно моют с применением моющих средств, разрешенных для мытья посуды, и ополаскивают проточной питьевой водой. Сетки для молочной посуды обеззаражи-

вают способом протирания тканевой салфеткой, смоченной раствором дезинфицирующего средства.

4.4.8. Посуду столовую и чайную в акушерском стационаре обрабатывают в соответствии действующими нормативными документами. Механическая мойка посуды на специальных моечных машинах проводится в соответствии с прилагающимися инструкциями по их эксплуатации. Мытье посуды ручным способом осуществляют в трехсекционных ваннах для столовой посуды и двухсекционных – для стеклянной посуды и столовых приборов. Посуду освобождают от остатков пищи, моют с применением моющих средств, погружают в дезинфицирующий раствор и после экспозиции промывают водой и высушивают. При обработке посуды по эпидемиологическим показаниям столовую посуду освобождают от остатков пищи и погружают в дезинфицирующий раствор, используя режим дезинфекции, рекомендованный для соответствующей инфекции. После дезинфекции посуду тщательно промывают водой и высушивают.

4.4.9. Обеззараживание загрязненных выделениями и биологическими жидкостями изделий из текстильных материалов (нательного и постельного белья, полотенец, подкладных пеленок, спецодежды медицинского персонала) осуществляют в прачечных путем замачивания в растворах ДС перед стиркой или в процессе стирки с использованием разрешенных для этих целей ДС в стиральных машинах проходного типа по программе стирки обработки белья в медицинских учреждениях. Белье от новорожденных обрабатывают как инфицированное.

5. Эпидемиологический надзор за внутрибольничными инфекциями

5.1. Общие положения.

5.1.1. Эпидемиологический надзор за ВБИ и организация проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий осуществляется госпитальным эпиде-

миологом (заместителем главного врача по санитарно-эпидемиологическим вопросам, при его отсутствии – заместителем главного врача по лечебной работе).

5.1.2. Контроль за проведением противоэпидемических и профилактических мероприятий проводят органы, уполномоченные осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

5.1.3. Эпидемиологический надзор за ВБИ в акушерских стационарах предусматривает:

- выявление, учет и регистрацию ВБИ;
- анализ заболеваемости новорожденных и родильниц;
- анализ летальных исходов;
- анализ заболеваемости медицинского персонала;
- микробиологический мониторинг;
- выявление групп и факторов риска возникновения ВБИ;
- определение предвестников осложнения эпидемиологической обстановки;
- оценку и прогнозирование эпидемиологической ситуации.

5.1.4. На основании данных эпидемиологического надзора разрабатываются и реализуются профилактические и противоэпидемические мероприятия, проводится оценка их эффективности.

5.2. Выявление и учет внутрибольничных инфекций.

5.2.1. Заболевания новорожденных инфекциями, вызванные условно патогенной флорой и выявленные в период пребывания в акушерском стационаре и/или в течение 7 дней после выписки, подлежат учету по данному стационару. Генерализованные формы (сепсис, остеомиелит, менингит) учитываются за стационаром в течение месяца после рождения.

5.2.2. Заболевания родильниц инфекциями, вызванные условно патогенными микроорганизмами и связанные с родами (эндометрит, гнойный мастит, сепсис, перитонит и др.), выявленные в период пребывания в акушерском ста-

ционаре и/или в течение 30 дней после родов, подлежат учету за акушерским стационаром.

5.2.3. Независимо от внутрибольничного (ВБИ) или внутриутробного (ВУИ) характера заражения, новорожденный с признаками гнойно-воспалительного заболевания представляет собой источник инфекции, требующий незамедлительной изоляции и госпитализации в другой профильный стационар, а также проведения комплекса мероприятий, предусмотренного в данных случаях.

5.2.4. Вопрос о внутриутробном характере заражения решается при участии госпитального эпидемиолога.

5.2.5. Учет и организация сбора информации об инфекционной заболеваемости новорожденных и родильниц осуществляется не только в акушерских стационарах, но и в детских больницах и поликлиниках, хирургических и гинекологических отделениях, женских консультациях, патологоанатомических отделениях и пр. Все эти учреждения должны оперативно сообщать по телефону в течение 12 часов об установленном или предварительном диагнозе ВБИ (ВУИ) у новорожденного и/или родильницы в органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

5.2.6. Органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор, в течение 12 часов передают информацию об инфекционных заболеваниях новорожденных и родильниц в акушерские стационары по месту родов для организации и проведения противоэпидемических мероприятий.

5.2.7. Госпитальный эпидемиолог совместно с заведующими структурными подразделениями проводит активное выявление ВБИ путем проспективного наблюдения, которое заключается в следующем:

- контроль за выявлением и оперативной (ежедневной) регистрацией инфекционных заболеваний;
- получение ежедневной информации от всех функциональных подразделений родильного дома (отделения) о случаях инфекционных заболеваний среди новорожденных

и родильниц, нарушениях санитарно-эпидемиологического режима, результатах бактериологических исследований;

- расследование причин их возникновения и информация руководства для принятия неотложных мер.

5.2.8. Учет и регистрация заболеваний новорожденных и родильниц, вызванных условно-патогенными микроорганизмами, осуществляется в соответствии с кодами МКБ-10 (приложение 15). Учет и регистрация заболеваний новорожденных и родильниц, вызванных «классическими» микроорганизмами проводят согласно требованиям соответствующих нормативных документов.

5.3. Эпидемиологический анализ заболеваемости.

5.3.1. Эпидемиологический анализ предусматривает изучение уровня, структуры, динамики заболеваемости ВБИ для оценки эпидемиологической ситуации в родильном доме (акушерском отделении) и разработки комплекса противоэпидемических мероприятий.

5.3.2. Оперативный (текущий) анализ заболеваемости ВБИ проводят на основании данных ежедневной регистрации инфекционных заболеваний по первичным диагнозам. В ходе оперативного анализа заболеваемости проводится оценка текущей эпидемиологической обстановки и решается вопрос о благополучии или осложнении в эпидемиологической обстановки, адекватности проводимых мер или необходимости их усиления.

5.3.3. Оперативный анализ заболеваемости должен проводиться с учетом:

- даты родов;
- сроков возникновения заболевания;
- локализации патологического процесса;
- этиологии;
- видам медицинских вмешательств;
- перемещения в пределах стационара (из палаты в палату, из отделения в отделение);
- даты выписки или перевода в другой стационар;
- длительности пребывания в стационаре.

5.3.4. Групповыми заболеваниями следует считать появление 5 и более внутрибольничных заболеваний новорожденных и родильниц (суммарно), возникающих в пределах колебаний одного инкубационного периода и связанных одним источником инфекции и общими факторами передачи.

5.3.5. Ретроспективный анализ заболеваемости ВБИ новорожденных и родильниц предусматривает:

- анализ многолетней динамики заболеваемости с определением тенденции (рост, снижение, стабилизация) и темпов роста или снижения;
- анализ годового, месячного уровней заболеваемости;
- сравнительную характеристику заболеваемости по отделениям;
- изучение структуры заболеваемости по локализации патологического процесса и этиологии;
- анализ оперативных и других вмешательств и частоты заболеваний, связанных с ними (стратифицированные показатели);
- анализ динамики соотношения локализованных и генерализованных форм;
- определение удельного веса групповых заболеваний и анализ вспышечной заболеваемости;
- анализ летальности по локализации патологического процесса и этиологии.

5.3.6. Для выявления закономерностей эпидемического процесса, основных источников инфекции, ведущих путей и факторов передачи проводят ретроспективный анализ заболеваемости новорожденных и родильниц, который является основой для разработки профилактических и противоэпидемических мероприятий, адекватных конкретной эпидемиологической обстановке в данном акушерском стационаре (отделении).

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

5.3.8. Наиболее значимыми источниками инфекции являются больные манифестными формами инфекций и носители антибиотикорезистентных штаммов микроорганизмов, а также медицинский персонал с патологией носоглотки (гаймориты, синуситы и др.), мочевыводящего тракта (вялотекущие пиелонефрит, цистит), желудочно-кишечного тракта (гастроэнтерит, энтероколит), кожи и подкожной клетчатки (гнойно-воспалительные процессы). По результатам диспансеризации медицинского персонала выявляются лица с хроническими инфекционными заболеваниями и при необходимости проводят их лечение.

5.4. Микробиологический мониторинг.

5.4.1. Микробиологический мониторинг осуществляется акушерским стационаром (при отсутствии соответствующих лабораторий – по договорам с аккредитованными организациями).

5.4.2. При проведении микробиологических исследований должны преобладать исследования по клиническим показаниям, направленные на расшифровку этиологии ВБИ и определение тактики лечения.

Микробиологическому исследованию в первую очередь подлежат материалы из патологических локусов новорожденных и родильниц.

5.4.3. Объем санитарно-бактериологических исследований определяется эпидемиологической необходимостью, исследования проводятся в плановом порядке и по эпидемиологическим показаниям.

В плановом порядке проводят:

- исследования лекарственных форм (для инъекций, обработки кожи и слизистых новорожденных), контроль стерильности изделий медицинского назначения, в том числе расходных материалов для аппаратов ИВЛ – за исключением лекарственных форм и стерильных изделий промышленного изготовления;
- детские питательные смеси и растворы для питья;

- контроль микробиологической чистоты воздуха в операционных и других помещениях класса чистоты А, В и С;
- контроль качества текущей дезинфекции (куветы, предметы и изделия медицинского назначения, подготовленные к использованию у пациентов);
- выборочный контроль гигиены рук медицинского персонала.

Санитарно-бактериологические исследования проводят в соответствии с планом производственного контроля, утвержденным руководителем организации, но не реже 1 раз в 6 месяцев.

По эпидемиологическим показаниям перечень и объем исследований определяется в соответствии с конкретной эпидемиологической обстановкой.

5.4.4. При расшифровке этиологической структуры ВБИ новорожденных и родильниц необходимо учитывать не только данные лабораторных исследований, полученные во время пребывания в родильном доме, но и сведения, поступающие из детской поликлиники, больницы, женской консультации, гинекологических и хирургических отделений.

Сведения о микробиологическом подтверждении или изменении диагноза в течение 12 часов передаются в органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор для последующего информирования акушерских стационаров.

5.4.5. Микробиологическое обследование медицинского персонала проводится по эпидемиологическим показаниям.

5.4.6. Для выявления госпитальных штаммов – возбудителей ВБИ – необходимо учитывать данные внутривидового типирования.

5.5. Выявление групп и факторов риска.

5.5.1. Группами риска возникновения ВБИ среди родильниц считаются женщины:

- с хориоамнионитом в родах;
- с хроническими соматическими и инфекционными заболеваниями;

- с иммунодефицитными состояниями;
- с болезнями мочеполовой системы, в том числе кольпитами;
- с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (инфекционные осложнения предыдущей беременности, привычное невынашивание и др.);
- после оперативного родоразрешения (кесарева сечения);
- с кровотечениями в послеродовом периоде.

5.5.2. К группам риска возникновения ВБИ среди новорожденных относятся:

- недоношенные;
- перенесенные;
- родившиеся у матерей с хроническими соматическими и инфекционными заболеваниями или перенесших острое инфекционное заболевание во время беременности;
- после оперативного родоразрешения;
- с врожденными аномалиями развития;
- с родовой травмой;
- с синдромом дыхательных расстройств;
- с хронической внутриутробной гипоксией и асфиксией в родах;
- при проведении искусственной вентиляции легких;
- родившиеся у матерей, страдающих алкоголизмом, наркоманией.

5.5.3. К факторам риска возникновения ВБИ новорожденных и родильниц относятся: инвазивные лечебно-диагностические вмешательства (катетеризация сосудов, мочевыводящих путей, эндоскопические исследования, трансфузии, пункции, инъекции), ИВЛ, искусственное вскармливание и др. Имеет значение кратность и длительность процедур. При абдоминальном родоразрешении важно учитывать в экстренном или плановом порядке оно проводится.

5.5.4. Назначение инвазивных процедур должно быть строго обосновано.

5.6. Определение предпосылок и предвестников эпидемиологического неблагополучия.

5.6.1. Для успешной профилактики ВБИ, необходимо учитывать ряд предпосылок и предвестников эпидемиологического неблагополучия в акушерском стационаре и проводить целенаправленные профилактические мероприятия до начала осложнения эпидемической обстановки и появления групповых заболеваний.

5.6.2. К предвестникам осложнения эпидемиологической ситуации относятся следующие:

- факты поздней выписки новорожденных из роддома (после 5-го дня);
- увеличение доли детей, переводимых на второй этап выхаживания;
- появление генерализованных форм;
- увеличение доли диагнозов ВУИ среди всех инфекционных диагнозов новорожденных;
- увеличение частоты инвазивных вмешательств (катетеризация центральных вен, ИВЛ и др.);
- смена вида циркулирующей микрофлоры у новорожденных и ее идентичность с изолятами, выделенными из внутрибольничной среды;
- выделение преимущественно одного вида возбудителя;
- появление микробных ассоциаций;
- увеличение количества изолированных культур и числа локусов, из которых они выделяются;
- возникновение двух и более случаев заболеваний, эпидемиологически связанных между собой;
- рост числа воспалительных заболеваний у родильниц, в том числе после оперативных пособий в родах;
- рост числа воспалительных и инфекционных заболеваний среди медицинского персонала.

Своевременное выявление вышеуказанных признаков позволяет оперативно провести необходимые мероприятия

для предотвращения дальнейшего осложнения эпидемиологической ситуации.

5.6.3. К предпосылкам, способствующим росту заболеваемости ВБИ, относятся нарушения в организации работы акушерского стационара, санитарно-техническом состоянии, материальном обеспечении и соблюдении противоэпидемического режима.

Неудовлетворительные архитектурно-планировочные решения:

- недостаточный состав и площадь помещений;
- перекрест технологических потоков;
- отсутствие приточно-вытяжной вентиляции.

Нарушения в организации работы:

- перегруз стационара;
- аварийные ситуации на водопроводной и канализационной системах, перебой в подаче горячей и холодной воды, нарушения в тепло- и энергоснабжении;

- нарушения в работе приточно-вытяжной вентиляции.

Недостаточное материально-техническое оснащение:

- недостаток изделий медицинского назначения, в том числе одноразового (катетеры, санационные системы, дыхательные трубки);

– нехватка оборудования, перевязочного материала, лекарств;

- перебои в поставке белья, дезинфицирующих средств.

Нарушения противоэпидемического режима:

- несоблюдение цикличности заполнения палат;
- несвоевременный перевод новорожденных и родильниц в соответствующие стационары;

– повторное использование одноразовых медицинских изделий, неиндивидуальное употребление емкостей для питья, кормления, обработки кожных покровов и глаз;

– нарушения правил текущей и заключительной дезинфекции, стерилизации и пр.

5.6.4. При выявлении предпосылок возникновения эпидемиологического неблагополучия госпитальный эпидемиолог оперативно доводит всю информацию до сведения главного врача родильного дома и организаций, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор. Принимаются меры по устранению нарушений. Усиливается весь комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий.

5.6.5. При невозможности устранения предпосылок, в том числе при выявлении грубых нарушений противоэпидемического режима ставится вопрос о прекращении работы родильного дома.

5.7. Оценка эффективности мер борьбы и профилактики.

Оценка эффективности проводимых мероприятий проводится на основании состояния эпидемиологической обстановки в акушерском стационаре. Оцениваться может как комплекс проведенных мероприятий, так и отдельные меры. Эффективность отдельных мероприятий целесообразно изучать при апробации новых форм и методов работы, испытании отдельных методик и препаратов.

5.8. Оценка эпидемиологической ситуации.

Анализ всей вышеприведенной информации дает возможность получить объективные данные об особенностях эпидемического процесса внутрибольничных инфекций у новорожденных и родильниц в данном акушерском стационаре, основных причинах, обуславливающих заболеваемость, оценить эпидемиологическую ситуацию и разработать комплекс эффективных профилактических и противоэпидемических мероприятий.

6. Проведение расследования и ликвидации групповых внутрибольничных заболеваний среди новорожденных детей и родильниц

6.1. К групповым заболеваниям (вспышкам) ВБИ новорожденных и родильниц относятся 5 и более случаев, возникающих в пределах колебаний одного инкубационного

периода (максимально 7 дней), связанных между собой одним источником инфекции и общими факторами передачи.

6.2. Расследование причин возникновения групповых заболеваний и срочное принятие мер по их ликвидации проводится родовспомогательными учреждениями и органами, осуществляющими государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

6.3. При возникновении групповых заболеваний:

6.3.1. Прекращается прием беременных и рожениц в акушерский стационар (отделение).

6.3.2. Проводится комплексное эпидемиологическое расследование специалистами и врачами органов и учреждений, уполномоченных осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор, и госпитальным эпидемиологом с участием неонатолога, акушера-гинеколога, направленное на выяснение причин сложившегося неблагополучия и разработку мероприятий по ликвидации групповых заболеваний.

6.3.3. Решается вопрос о закрытии акушерского стационара (отделения) по эпидемиологическим показаниям, в установленном порядке направляется внеочередное донесение в Минздравсоцразвития России.

6.3.4. Экстренно разворачивается резервное помещение для приема рожениц и беременных.

6.3.5. Определяется стационар для госпитализации заболевших детей с учетом создания максимально благоприятных условий для их изоляции, организации круглосуточной реанимационной помощи и интенсивной терапии.

6.3.6. На основании результатов эпидемиологического расследования делается заключение о причинах группового заболевания, типе эпидемического процесса, источниках инфекции, ведущих путях и факторах передачи возбудителей инфекции, обусловивших возникновение заболеваний. С учетом этого заключения разрабатывается и реализуется комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий по локализации и ликвидации групповых внут-

рибольничных заболеваний, включающих назначение средств специфической и неспецифической профилактики.

V. Санитарно-гигиенические требования к стоматологическим медицинским организациям

1. Общие положения

1.1. В целях соблюдения противоэпидемического режима врач должен работать в сопровождении среднего медицинского персонала, осуществляющего обработку рабочих мест, дезинфекцию, а также, в случае отсутствия централизованной стерилизационной, предстерилизационную очистку и стерилизацию изделий медицинской техники и медицинского назначения.

1.2. Требования к условиям труда и личной гигиене (в том числе, правила обработки рук) медицинского персонала принимаются в соответствии с главами I и II настоящих правил.

2. Требования к размещению стоматологических медицинских организаций

2.1. Стоматологические медицинские организации могут размещаться в отдельно стоящих зданиях, приспособленных и встроенных (встроенно-пристроенных) в здания жилого и общественного назначения помещениях, при условии соблюдения требований санитарных правил и нормативов.

2.2. В жилых зданиях допускается размещать стоматологические кабинеты, стоматологические амбулаторно-поликлинические организации, в том числе имеющие в своем составе дневные стационары. Допускается размещение стоматологических медицинских организаций в цокольных этажах жилых зданий.

2.3. Стоматологические медицинские организации, расположенные в жилых зданиях, должны иметь отдельный вход с улицы.

2.4. Стоматологические медицинские организации размещаются в помещениях, оборудованных системами хозяй-

ственно-питьевого холодного и горячего водоснабжения и водоотведения (канализации).

2.5. Размещение и эксплуатация рентгеновских кабинетов, аппаратов (в том числе радиовизиографов) регламентируются действующими нормативными документами и пунктом 7 настоящей главы.

2.6. Устройство, оборудование и эксплуатация физиотерапевтических кабинетов, применение лазеров должны отвечать действующим нормативным документам.

2.7. В подвальных помещениях, имеющих естественное или искусственное освещение, допускается размещение санитарно-бытовых помещений (гардеробные, душевые, складские), вентиляционных камер, компрессорных установок, стерилизационных-автоклавных.

2.8. Для организации стоматологического приема детей выделяются отдельные кабинеты. Не допускается использование кабинетов взрослого приема для приема детского населения по графику. Для организации приема детей следует по возможности выделять отдельный отсек с ожидальной и санузелом.

2.9. Оказание медицинской помощи беременным проводится в медицинских стоматологических организациях для взрослых или в стоматологических кабинетах женских консультаций.

2.10. В стоматологических кабинетах площадь на основную стоматологическую установку должна быть не менее 14 м^2 , на дополнительную установку – 10 м^2 (на стоматологическое кресло без бормашины – 7 м^2), высота кабинетов – не менее 2,6 м.

2.11. Оперативные вмешательства, для проведения которых осуществляется медицинская деятельность по анестезиологии и реаниматологии, проводятся в условиях операционного блока. При этом оборудуется помещение для временного пребывания пациента после операции. В операционной при необходимости обеспечивается подача медицинских газов.

2.12. Работа кабинета хирургической стоматологии организуется с учетом разделения потоков «чистых» (плановых) и «гнойных» вмешательств. Плановые вмешательства проводятся в специально выделенные дни с предварительным проведением генеральной уборки.

2.13. Набор помещений определяется мощностью стоматологической медицинской организации и видами деятельности. Минимальные площади помещений и их минимальный набор представлены в приложении 2.

3. Требования к внутренней отделке помещений

3.1. Для внутренней отделки применяются материалы в соответствии с функциональным назначением помещений.

3.2. Стены стоматологических кабинетов, углы и места соединения стен, потолка и пола должны быть гладкими, без щелей.

3.3. Для отделки стен в кабинетах применяются отделочные материалы, разрешенные для использования в помещениях с влажным, асептическим режимом, устойчивые к дезинфектантам. Стены операционной, кабинетов хирургической стоматологии и стерилизационной отделяются на всю высоту глазурованной плиткой или другими разрешенными для этих целей материалами.

3.4. Стены основных помещений зуботехнической лаборатории окрашиваются красками или облицовываются панелями, имеющими гладкую поверхность; герметично заделываются швы.

3.5. Потолки стоматологических кабинетов, операционных, предоперационных, стерилизационных и помещений зуботехнических лабораторий окрашиваются водоэмульсионными или другими красками. Возможно использование подвесных потолков, если это не влияет на нормативную высоту помещения. Подвесные потолки должны быть выполнены из плит (панелей), имеющих гладкую неперфорированную поверхность, устойчивую к действию моющих веществ и дезинфектантов.

3.6. Полы в стоматологических кабинетах должны иметь гладкое покрытие из материалов, разрешенных для этих целей.

3.7. Цвет поверхностей стен и пола в помещениях стоматологических кабинетов и зуботехнических лабораторий должен быть нейтральных светлых тонов, не мешающих правильному цветоразличению оттенков окраски слизистых оболочек, кожных покровов, крови, зубов (естественных и искусственных), пломбировочных и зубопротезных материалов.

3.8. При отделке стоматологических кабинетов, в которых применяется ртутная амальгама:

- стены и потолки должны быть гладкими, без щелей и украшений; оштукатуренными (кирпичные) или затертыми (панельные) с добавлением 5 % порошка серы для связывания паров ртути в прочное соединение (сернистую ртуть) и окрашенными разрешенными для стоматологических кабинетов красками;

- полы должны настилаться рулонным материалом, все швы свариваются, плинтус должен плотно прилегать к стенам и полу;

- столы для работы с амальгамой должны быть покрыты ртутьнепроницаемым материалом и иметь бортики по краям, под рабочей поверхностью столиков не должно быть открытых ящиков; разрешается использовать только амальгаму, выпускаемую в герметически закрытых капсулах.

4. Требования к оборудованию

4.1. В кабинетах с односторонним естественным освещением стоматологические кресла устанавливаются в один ряд вдоль светонесущей стены.

4.2. При наличии нескольких стоматологических кресел в кабинете, они разделяются непрозрачными перегородками высотой не ниже 1,5 м.

4.3. Отсутствие стерилизационной в стоматологической медицинской организации допускается при наличии не бо-

лее 3 кресел. В этом случае установка стерилизационного оборудования возможна непосредственно в кабинетах.

4.4. Стоматологические кабинеты оборудуются раздельными или двухсекционными раковинами для мытья рук и обработки инструментов. При наличии стерилизационной и организации в ней централизованной предстерилизационной обработки инструментария в кабинетах допускается наличие одной раковины. В операционном блоке раковины устанавливаются в предоперационной. В хирургических кабинетах, стерилизационных, предоперационных устанавливаются локтевые или сенсорные смесители.

4.5. Помещения зуботехнических лабораторий и стоматологических кабинетов, в которых проводятся работы с гипсом, должны иметь оборудование для осаждения гипса из сточных вод перед спуском в канализацию (гипсоуловители или др.).

4.6. Кабинеты оборудуют бактерицидными облучателями или другими устройствами обеззараживания воздуха, разрешенными для этой цели в установленном порядке. При использовании облучателей открытого типа выключатели должны быть выведены за пределы рабочих помещений.

5. Требования к микроклимату, отоплению, вентиляции

5.1. Системы отопления, вентиляции и кондиционирования воздуха должны соответствовать нормам проектирования и строительства жилых и общественных зданий и обеспечивать оптимальные параметры микроклимата и воздушной среды, в т. ч. по микробиологическим показателям.

5.2. Поверхность нагревательных приборов должна быть гладкой, допускающей легкую очистку и исключаящей скопление микроорганизмов и пыли.

5.3. В операционных, предоперационных, наркозных, послеоперационных следует применять нагревательные приборы с гладкой поверхностью, устойчивой к ежедневному воздействию моющих и дезинфицирующих средств.

5.4. На постоянных рабочих местах, где медицинский персонал находится свыше 50 % рабочего времени или более 2 ч непрерывной работы, должны обеспечиваться параметры микроклимата в соответствии с таблицей 1.

Таблица 1

Параметры микроклимата в помещениях постоянного пребывания сотрудников

| Сезон | Температура, °С | Относительная влажность, % | Скорость движения воздуха, м/с |
|---|-----------------|----------------------------|--------------------------------|
| Холодный и переходный (среднесуточная температура наружного воздуха 10 °С и ниже) | 18–23 | 60–40 | 0,2 |
| Теплый (среднесуточная температура наружного воздуха 10 °С и выше) | 21–25 | 60–40 | 0,2 |

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

Таблица 2

Параметры микроклимата в помещениях временного пребывания сотрудников

| Сезон | Температура, °С | Относительная влажность, % | Скорость движения воздуха, м/с |
|-----------------------|-----------------|----------------------------|--------------------------------|
| Холодный и переходный | 17–25 | не более 75 | 0,2–0,3 |
| Теплый | не более 28 | не более 65 | 0,2–0,5 |

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

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

5.8. Для обеспечения нормативных параметров микроклимата в производственных помещениях допускается устройство кондиционирования воздуха, в том числе с применением сплит-систем, предназначенных для использования в лечебно-профилактических учреждениях. Замену фильтров тонкой очистки необходимо проводить не менее 1 раза в 6 месяцев, если иное не предусмотрено производителем.

5.9. В стоматологических медицинских организациях, общей площадью не более 500 м², в помещениях класса чистоты Б и В (кроме операционных, рентгнекабинетов, кабинетов компьютерной и магнитно-резонансной томографии) допускается неорганизованный воздухообмен за счет проветривания помещений через открывающиеся фрамуги или естественная вытяжная вентиляция.

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

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

5.12. В помещениях зуботехнических лабораторий местные отсосы и общеобменную вытяжную вентиляцию допускается объединить в одну вытяжную систему в пределах помещений лабораторий или в помещении вентиляционной камеры. Допускается устройство общей общеобменной приточной вентиляции для помещений лабораторий и других помещений стоматологической медицинской организации, при этом подачу приточного воздуха в помещения лаборатории следует предусмотреть по самостоятельному

воздуховоду, проходящему от вентиляционной камеры, с установкой на нем обратного клапана в пределах вентиляционной камеры.

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

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

5.15. В зуботехнических лабораториях, в зависимости от технологической части проекта, предусматриваются местные отсосы от рабочих мест зубных техников, шлифовальных моторов, в литейной над печью, в паяльной, над нагревательными приборами и рабочими столами в полимеризационной. Воздух, выбрасываемый в атмосферу, следует очищать в соответствии с технологической характеристикой оборудования и материалов. Системы местных отсосов следует проектировать автономными от систем общеобменной вытяжной вентиляции стоматологических медицинских организаций.

5.16. Зуботехнические лаборатории на 1 или 2 рабочих места, в которых выполняются работы, не сопровождающиеся выделением вредных веществ (например: нанесение и обжиг керамической массы, обточка и другие работы), допускается размещать в жилых и общественных зданиях. Допускается неорганизованный воздухообмен в помещении путем проветривания через фрамуги или с помощью естественной вытяжной вентиляции с 2-кратным воздухообменом через автономный вентиляционный канал с выходом на кровлю или наружную стену без световых проемов.

5.17. В кабинетах, оснащенных рентгенологическим оборудованием (включая радиовизиографы), требования к вентиляции и кратности воздухообмена выполняются по технологическому разделу проектной документации, согласованной в установленном порядке.

5.18. В помещениях, к которым предъявляются требования асептических условий, предусматривается скрытая прокладка воздуховодов, трубопроводов, арматуры.

5.19. Вне зависимости от наличия систем принудительной вентиляции во всех кабинетах и помещениях, за исключением операционных, должно быть предусмотрено наличие легко открывающихся фрамуг.

5.20. В помещениях должны соблюдаться нормируемые показатели микробной обсемененности воздушной среды.

5.21. Обслуживание систем вентиляции и кондиционирования воздуха и профилактический ремонт проводятся ответственным лицом или по договору со специализированной организацией.

5.22. Устранение возникающих неисправностей и дефектов в системе вентиляции должно проводиться безотлагательно.

6. Требования к естественному и искусственному освещению

6.1. Все стоматологические кабинеты и помещения зуботехнических лабораторий (постоянные рабочие места) должны иметь естественное освещение.

6.2. Во вновь создаваемых стоматологических медицинских организациях окна стоматологических кабинетов, по возможности, следует ориентировать на северные направления (С, СВ, СЗ) во избежание значительных перепадов яркостей на рабочих местах за счет попадания прямых солнечных лучей, а также перегрева помещений в летнее время, особенно в южных районах.

6.3. На северные направления, по возможности, должны быть ориентированы основные помещения и литейные зу-

ботехнической лаборатории для предупреждения перегрева помещений в летнее время.

6.4. В существующих стоматологических медицинских организациях, имеющих ориентацию окон, не соответствующую указанным в пунктах 6.2 и 6.3, рекомендуется прибегать к использованию солнцезащитных приспособлений (козырьки, солнцезащитные пленки, жалюзи). В операционных и хирургических кабинетах солнцезащитные средства типа жалюзи размещаются между оконными рамами.

6.5. Коэффициент естественного освещения на постоянных рабочих местах во всех стоматологических кабинетах и основных помещениях зуботехнической лаборатории должен соответствовать гигиеническим требованиям, установленным действующими санитарными нормативами.

6.6. При установке стоматологических кресел в два ряда в существующих кабинетах с односторонним естественным освещением следует пользоваться искусственным светом в течение рабочей смены, а врачи должны периодически меняться своими рабочими местами.

6.7. Расположение столов зубных техников в основных помещениях зуботехнической лаборатории должно обеспечивать левостороннее естественное освещение рабочих мест.

6.8. Все помещения стоматологических медицинских организаций должны иметь общее искусственное освещение.

6.9. Для общего люминесцентного освещения во всех стоматологических кабинетах и основных помещениях зуботехнической лаборатории рекомендуются лампы со спектром излучения, не искажающим цветопередачу.

6.10. Светильники общего освещения должны размещаться с таким расчетом, чтобы не попадать в поле зрения работающего врача.

6.11. Рекомендуемые уровни освещенности рабочих поверхностей, принимаются в соответствии с главой I.

6.12. Стоматологические кабинеты, основные и полировочные помещения зуботехнической лаборатории кроме общего должны иметь и местное освещение в виде:

- стоматологических светильников на стоматологических установках;
- специальных (желательно бестеневых) рефлекторов для каждого рабочего места хирурга;
- бестеневых рефлекторов в операционных;
- светильников на каждом рабочем месте зубного техника в основных и полировочных помещениях.

6.13. Уровень освещенности от местных источников не должен превышать уровень общего освещения более чем в 10 раз.

6.14. Светильники местного и общего освещения должны иметь соответствующую защитную арматуру, предусматривающую их влажную очистку и предохраняющую органы зрения персонала от слепящего действия ламп.

7. Обеспечение радиационной безопасности при размещении и эксплуатации рентгеновских аппаратов и кабинетов

7.1. Общие требования к размещению рентгеновских аппаратов в стоматологических медицинских организациях.

7.1.1. Основные требования к размещению и эксплуатации рентгеновских аппаратов должны соответствовать положениям действующих санитарных правил, которые определяют основные критерии радиационной защиты, требования к рентгеновскому оборудованию и персоналу, основные требования к размещению рентгеновских аппаратов и их эксплуатации. В настоящей главе детализированы требования к размещению и эксплуатации рентгеновских аппаратов в стоматологических медицинских организациях.

При проведении рентгенологических исследований должен быть обеспечен учет и регистрация доз облучения пациентов и персонала, которые должны быть отражены в радиационно-гигиеническом паспорте организации и в формах государственной ежегодной статистической отчетности.

Для проведения рентгенологических исследований должна быть оформлена лицензия на осуществление деятельности с источником ионизирующего излучения.

7.1.2. На этапе организации деятельности с источниками ионизирующих излучений (ИИИ) осуществляется выбор

помещений, в которых будут проводиться рентгенологические исследования: либо в отдельном рентгеновском, либо стоматологическом кабинете с установленным рентгеновским аппаратом. На этом этапе также определяется количество и вид рентгеновских аппаратов, площади и набор помещений для их размещения, а также необходимые дополнительные условия (освещение, вентиляция, электроснабжение, отопление, канализация). Выбранная схема размещения рентгеновского аппарата (в отдельном рентгеновском или стоматологическом кабинете) оформляется в виде технического задания на проектирование.

7.2. Особенности размещения рентгеновских аппаратов в отдельном рентгеновском кабинете.

7.2.1. Размещение рентгеновских аппаратов в рентгеновских кабинетах осуществляется на основании проекта. Разработка проекта проводится проектной организацией, имеющей лицензию на соответствующий вид деятельности, на основании технического задания заказчика. На проект оформляется санитарно-эпидемиологическое заключение в установленном порядке. Ввод в эксплуатацию и эксплуатация рентгеновских кабинетов, аппаратов производится в соответствии с гигиеническими требованиями к устройству и эксплуатации рентгеновских кабинетов, аппаратов и проведению рентгенологических исследований.

7.2.2. Устройство кабинета должно обеспечивать выполнение требований технической и нормативной документации.

7.2.3. Пол кабинета выполняется из непроводящих электрический ток материалов, натуральных или искусственных (линолеум, натуральный или искусственный камень, керамическая плитка и т. п.).

7.2.4. Организация воздухообмена в рентгеновском кабинете должна обеспечивать поддержание показателей микроклимата (температура, влажность) в соответствии с действующими гигиеническими нормативами и может обеспечиваться различными средствами (устройство приточно-вытяжной вентиляции, установка оконных вентиляторов, кондиционирование).

7.2.5. Персонал рентгеновского кабинета относится к группе «А»¹¹ и на него распространяются специальные требования, предусмотренные действующими санитарными правилами.

7.3. Особенности размещения рентгеновских аппаратов в стоматологическом кабинете.

7.3.1. В стоматологическом кабинете может размещаться рентгеновский аппарат для прицельных снимков с цифровым приемником изображения, не требующим фотолабораторной обработки, и с рабочей нагрузкой до 40 (мА × мин)/неделя. Размещение ортопантомографа в стоматологическом кабинете не разрешается. Рентгеновский аппарат в стоматологическом кабинете предназначен только для обслуживания пациентов данного кабинета. Дополнительные площади для размещения рентгеновского аппарата в стоматологическом кабинете, соответствующем санитарным нормативам, не требуются. Также не предъявляются дополнительные требования по освещению, вентиляции, отоплению.

7.3.2. Размещение рентгеновского аппарата в стоматологическом кабинете допускается проводить на основе проектных материалов, содержащих:

- схему размещения рентгеновского аппарата;
- расчет радиационной защиты рабочих мест персонала, смежных помещений, мест размещения других пациентов (если в кабинете при проведении рентгенологического исследования могут находиться другие пациенты), прилегающей территории.

7.3.3. Защита персонала может осуществляться расстоянием, временем, экранами (установка защитной ширмы),

¹¹СанПиН 2.6.1.1192-03 «Гигиенические требования к устройству и эксплуатации рентгеновских кабинетов, аппаратов и проведению рентгенологических исследований»; зарегистрировано в Минюсте России 19.03.2003 г., регистрационный № 4282. СанПиН 2.6.1.2523-09 «Нормы радиационной безопасности (НРБ-99/2009)»; зарегистрировано в Минюсте России 14.08.2009 г., регистрационный № 14534.

применением средств индивидуальной защиты (защитные фартуки, очки и другие).

7.3.4. Работники, проводящие рентгенологические исследования пациентов, относятся к персоналу группы «А». Остальные работники, рабочие места которых находятся в стоматологическом кабинете, в котором проводятся рентгенологические исследования, относятся к персоналу группы Б. На них распространяются требования к персоналу, установленные основными санитарными правилами обеспечения радиационной безопасности.

7.3.5. Если при проведении рентгенологических исследований в стоматологическом кабинете могут находиться не участвующие в них пациенты, в местах их нахождения мощность дозы рентгеновского излучения, приведенная к стандартной рабочей нагрузке рентгеновского аппарата, не должна превышать 1,0 мкЗв/ч. Для выполнения этого условия, при необходимости, могут использоваться стационарные или передвижные средства радиационной защиты.

7.4. Основные этапы реализации требований обеспечения радиационной безопасности при вводе аппаратов в эксплуатацию, оформлении и продлении действия лицензии.

7.4.1. Для реализации требований санитарных правил администрация должна обеспечить проведение комплекса мероприятий по соблюдению требований радиационной безопасности и оформлению документов:

- лицензия на деятельность с источниками ионизирующих излучений;
- санитарно-эпидемиологическое заключение на деятельность с источниками ионизирующих излучений (ИИИ);
- санитарно-эпидемиологическое заключение на рентгеновский аппарат или его заверенная копия;
- заверенная копия свидетельства о государственной регистрации рентгеновского аппарата;
- санитарно-эпидемиологическое заключение на проект (рентгеновский кабинет) или проектные материалы (стоматологический кабинет с рентгеновским аппаратом);

- эксплуатационная документация на рентгеновский аппарат;
- технический паспорт на рентгеновский кабинет;
- протокол дозиметрических измерений на рабочих местах, в смежных помещениях и на прилегающей территории;
- протокол исследования эксплуатационных параметров рентгеновского аппарата;
- протокол испытания передвижных и индивидуальных средств защиты;
- акты проверки заземления;
- акты проверки эффективности работы вентиляции (при наличии приточно-вытяжных вентиляционных систем с механическим побуждением);
- заключение медицинской комиссии о прохождении персоналом группы «А» предварительных и периодических медицинских осмотров;
- приказ о допуске сотрудников к работе с ИИИ и отношении их к персоналу группы «А»;
- приказ на лицо, ответственное за радиационную безопасность;
- документы, подтверждающие учет индивидуальных доз облучения пациентов;
- программа производственного контроля по обеспечению радиационной безопасности (допускается как раздел общего плана производственного контроля медицинской организации);
- наличие у сотрудников, работающих с рентгеновским аппаратом, документов, подтверждающих обучение правилам работы на аппарате;
- инструкция по охране труда и радиационной безопасности, предупреждению и ликвидации радиационных аварий;
- журнал регистрации инструктажа на рабочем месте;
- карточки учета индивидуальных доз облучения персонала по результатам индивидуального дозиметрического контроля персонала группы «А».

8. Санитарно-противоэпидемические мероприятия

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

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

8.1.2. Все стоматологические кабинеты должны быть обеспечены изделиями медицинской техники и медицинского назначения в количестве, достаточном для бесперебойной работы с учетом времени, необходимого для их обработки между манипуляциями у пациентов: на каждое рабочее место врача-стоматолога – не менее 6 наконечников (по два угловых, прямых, турбинных), на каждое посещение – индивидуальный смотровой стоматологический комплект, состоящий из набора инструментов (лоток, зеркало стоматологическое, пинцет зубохирургический, зонд стоматологический), пакет с ватными валиками, пакет с пинцетом (для работы со стерильными инструментами, необходимыми для каждого пациента). При необходимости набор доукомплектовывают другими инструментами (зонд стоматологический пугочный, зонд пародонтологический градуированный, гладилки, шпатель, экскаваторы и др.).

8.1.3. Стерильные изделия выкладывают на стоматологический столик врача (на стерильный лоток или стерильную салфетку) непосредственно перед манипуляциями у конкретного пациента.

Под рабочей поверхностью стола (на полке, в ящике), допускается размещать приборы и аппараты для проведения различных стоматологических манипуляций, пломбирочные материалы.

8.1.4. Нагрудные салфетки после каждого пациента подлежат смене. Одноразовые салфетки утилизируются, многоразовые сдаются в стирку.

8.1.5. Для ополаскивания рта водой используют одноразовые или многоразовые стаканы индивидуально для каждого пациента.

8.2. Требования к санитарному содержанию помещений.

8.2.1. Влажную уборку помещений проводят не менее двух раз в день (между сменами и после окончания работы) с использованием моющих и дезинфицирующих средств (по режимам дезинфекции при бактериальных инфекциях) способами орошения и/или протирания. Мытье оконных стекол должно проводиться не реже 1 раза в месяц изнутри и не реже 1 раза в 3 месяца снаружи (весной, летом и осенью).

8.2.2. Дезинфекцию поверхностей предметов, находящихся в зоне лечения (столлик для инструментов, кнопки управления, клавиатура, воздушный пистолет, светильник, плевательница, подголовник и подлокотники стоматологического кресла) проводят после каждого пациента. Для этих целей используют дезинфицирующие средства, разрешенные к применению в присутствии пациентов, обладающие широким спектром антимикробного (вирулицидное, бактерицидное, фунгицидное – с активностью в отношении грибов рода Кандида) действия. Выбор режимов дезинфекции проводят по наиболее устойчивым микроорганизмам – между вирусами или грибами рода Кандида (в туберкулезных медицинских организациях – по микобактериям туберкулеза).

8.2.3. Один раз в неделю в операционном блоке, хирургическом кабинете, стерилизационной (автоклавной) проводят генеральную уборку помещений. Для дезинфекции применяют дезинфицирующие средства, обладающие широким спектром антимикробного (вирулицидное, бактерицидное, фунгицидное – с активностью в отношении грибов рода Кандида) действия. Выбор режимов дезинфекции проводят по наиболее устойчивым микроорганизмам – между вирусами или грибами рода Кандида (в туберкулезных медицинских организациях – по микобактериям туберкулеза).

В остальных подразделениях генеральную уборку проводят один раз в месяц, используя дезинфицирующие средства по режимам, эффективным в отношении вегетативных форм бактерий.

8.2.4. При проведении текущих и генеральных уборок выполняются также требования глав I и II настоящих правил.

8.3. Дезинфекция, предстерилизационная очистка и стерилизация изделий медицинской техники и медицинского назначения.

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

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

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

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

8.3.5. Дезинфекцию способом протирания допускается применять для тех изделий медицинской техники и медицинского назначения, которые не соприкасаются непосредствен-

но с пациентом или конструкционные особенности которых не позволяют применять способ погружения (наконечники, переходники от турбинного шланга к наконечникам, микро-мотор к механическим наконечникам, наконечник к скелеру для снятия зубных отложений, световоды светоотверждающих ламп). Для этих целей не рекомендуется использовать альдегидсодержащие средства. Обработку наконечников после каждого пациента допускается проводить следующим образом: канал наконечника промывают водой, прочищая с помощью специальных приспособлений (мандрены и т. п.), и продувают воздухом; наконечник снимают и тщательно протирают его поверхность (однократно или двукратно – до удаления видимых загрязнений) тканевыми салфетками, смоченными питьевой водой, после чего обрабатывают одним из разрешенных к применению для этой цели дезинфицирующих средств (с учетом рекомендаций фирмы-производителя наконечника), а затем в паровом стерилизаторе.

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

8.3.7. Дезинфекцию стоматологических оттисков, заготовок зубных протезов проводят после применения у пациентов перед направлением в зуботехническую лабораторию и после их получения из зуботехнической лаборатории непосредственно перед применением. Выбор дезинфицирующего средства обусловлен видом оттискового материала. После дезинфекции изделия промывают питьевой водой для удаления остатков дезинфицирующего средства.

8.3.8. Обеззараживание стоматологических отсасывающих систем проводят после окончания работы, для чего через систему прокачивают раствор дезинфицирующего средства, рекомендованного для этих целей; заполненную раствором систему оставляют на время, указанное в инструкции по применению средства. После окончания дезинфек-

ционной выдержки раствор из системы сливают и промывают ее проточной водой.

8.3.9. Полировочные насадки, карборундовые камни, предметные стекла подлежат дезинфекции, очистке и стерилизации.

8.3.10. В физиотерапевтическом отделении дезинфекции подвергают съемные десневые и точечные электроды, тубусы к аппарату КУФ (коротковолновый ультрафиолетовый облучатель), световоды лазерной установки, стеклянные электроды к аппарату дарсонвализации. Для аппликаций во рту используют стерильный материал.

8.3.11. При наличии в стоматологической медицинской организации более трех стоматологических кресел, предстерилизационную очистку и стерилизацию проводят в специально выделенных помещениях – стерилизационных (автоклавных), с выделением «чистых» и «грязных» зон и соблюдением поточности.

В остальных случаях предстерилизационную очистку и стерилизацию изделий медицинского назначения допускается проводить в кабинетах, для чего в них должно быть установлено необходимое оборудование.

Предстерилизационную очистку изделий осуществляют после дезинфекции или при совмещении с дезинфекцией в одном процессе (в зависимости от применяемого средства): ручным или механизированным (в соответствии с инструкцией по эксплуатации, прилагаемой к конкретному оборудованию) способом.

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

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

8.3.14. Стерилизации подвергают все инструменты и изделия, контактирующие с раневой поверхностью, кровью или инъекционными препаратами, а также отдельные виды медицинских инструментов, которые в процессе эксплуатации соприкасаются со слизистой оболочкой и могут вызвать ее повреждения:

- стоматологические инструменты: пинцеты, зонды, шпатели, экскаваторы, штопферы, гладилки, коронкосниматели, скеллеры, стоматологические зеркала, боры (в том числе с алмазным покрытием) для всех видов наконечников, эндодонтические инструменты, штифты, стоматологические диски, фрезы, разделительные металлические пластинки, матрицедержатели, ложки для снятия оттисков, инструменты для снятия зубных отложений, пародонтальные хирургические инструменты (кюретки, крючки разных модификаций и др.), инструменты для пломбирования каналов зуба (плагеры, спредеры), карпульные шприцы, различные виды щипцов и кусачек для ортодонтического кабинета, пылесосы;

- ультразвуковые наконечники и насадки к ним, наконечники, съемные гильзы микромотора к механическим наконечникам, канюли к аппарату для снятия зубного налета;

- хирургические инструменты: стоматологические щипцы, кюретажные ложки, элеваторы, долота, наборы инструментов для имплантологии, скальпели, корнцанги, ножницы, зажимы, гладилки хирургические, шовные иглы;

- лотки для стерильных изделий медицинского назначения, инструменты для работы со стерильным материалом, в том числе пинцеты и емкости для их хранения.

8.3.15. Стерилизацию изделий медицинского назначения, применяемых в стоматологии, осуществляют физическими

(паровой, воздушный, инфракрасный, применение среды нагретых стеклянных шариков) или химическими (применение растворов химических средств, газовый, плазменный) методами согласно действующим документам, используя для этого соответствующие стерилизующие агенты и типы оборудования, разрешенные к применению в установленном порядке. Выбор адекватного метода стерилизации зависит от особенностей стерилизуемых изделий. Стерилизацию осуществляют по режимам, указанным в инструкции по применению конкретного средства и руководстве по эксплуатации стерилизатора конкретной модели.

При стерилизации воздушным методом запрещается использование оборудования, относящегося к лабораторному (шкафы типа ШСС).

8.3.16. Наконечники, в том числе ультразвуковые, и насадки к ним, эндодонтические инструменты с пластмассовыми хвостовиками стерилизуют только паровым методом.

8.3.17. В гласперленовых стерилизаторах допускается стерилизовать боры различного вида и другие мелкие инструменты при полном погружении их в среду нагретых стеклянных шариков. Не рекомендуется использовать данный метод для стерилизации более крупных стоматологических инструментов с целью стерилизации их рабочих частей.

8.3.18. Инфракрасным методом стерилизуют изделия из металлов: стоматологические щипцы, стоматологические микрохирургические инструменты, боры твердосплавные, головки и диски алмазные, дрельборы, каналонаполнители и другие.

8.3.19. Химический метод стерилизации с применением растворов химических средств допускается применять для стерилизации только тех изделий, в конструкции которых использованы термолабильные материалы, не позволяющие использовать другие методы стерилизации.

Для химической стерилизации применяют растворы альдегид- или кислородсодержащих средств, или некоторых хлорсодержащих компонентов, обладающие спороцидным действием.

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

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

8.3.20. При паровом, воздушном, газовом и плазменном методах изделия стерилизуют в упакованном виде, используя стерилизационные упаковочные одноразовые материалы или многоразовые контейнеры (стерилизационные коробки с фильтрами), разрешенные применительно к конкретному методу стерилизации в установленном порядке.

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

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

- при использовании растворов химических средств для стерилизации изделий, в конструкции которых использованы термолабильные материалы;
- при стерилизации стоматологических металлических инструментов термическими методами (гласперленовый, инфракрасный, воздушный, паровой) в портативных стерилизаторах.

Все изделия, простерилизованные в неупакованном виде, целесообразно сразу использовать по назначению. Запрещается перенос их из кабинета в кабинет. При необходимости инструменты, простерилизованные в неупакованном виде одним из термических методов, после окончания стерилизации допускается хранить в разрешенных к применению в установленном порядке бактерицидных (оснащенных ультрафиолетовыми лампами) камерах в течение срока, указан-

ного в руководстве по эксплуатации оборудования, а в случае отсутствия таких камер – на стерильном столе не более 6 ч. Изделия медицинского назначения, простерилизованные в стерилизационных коробках, допускается использовать в течение не более чем 6 ч после их вскрытия.

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

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

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

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

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

8.3.27. Учет стерилизации изделий медицинского назначения ведут в журнале.

8.3.28. Контроль стерилизации осуществляется в соответствии с требованиями глав I и II настоящих правил.

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

1. Общие положения

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

1.2. Все действующие ФАПы, амбулатории должны иметь санитарно-эпидемиологические заключения о соответствии санитарным правилам согласно заявленным на лицензирование видам медицинской деятельности, работ и услуг в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

1.3. Ввод в эксплуатацию реконструированных ФАПов, амбулаторий подвергшихся перепланировке, перепрофилированию и переоборудованию, а также при временном использовании зданий и помещений под ФАПы, осуществляется при наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам.

2. Гигиенические требования к размещению и территории

2.1. ФАПы, амбулатории располагают на территории жилой застройки на расстоянии от общественных, промышленных, коммунальных, хозяйственных и других организаций в соответствии с требованиями, предъявляемыми к планировке и застройке населенных пунктов.

2.2. Земельный участок должен быть сухим, чистым, вдали от источников загрязнения атмосферного воздуха. Не допускается размещать учреждения на загрязненных территориях. Содержание токсичных и вредных веществ в почве и атмосферном воздухе, уровни физических факторов не должны превышать гигиенические нормы. Территория ФАПов, амбулаторий должна быть благоустроена, озеленена, ограждена и освещена, иметь удобные подъездные пути и парковочную стоянку для санитарного транспорта.

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

3. Гигиенические требования к зданиям, сооружениям и помещениям

3.1. Состав и площади основных и вспомогательных помещений зависят от численности обслуживаемого населения и определяться заданием на проектирование. Минимальные площади представлены в таблице 1.

Таблица 1

Рекомендуемые минимальный набор и площади помещений

| ФАП с обслуживанием до 800 человек | ФАП/врачебная амбулатория с обслуживанием более 800 человек |
|--|--|
| <p>ожидальная – 10 м²; кабинет приема – не менее 12 м² (при установке гинекологического кресла дополнительно 8 м²); процедурный кабинет, совмещенный с прививочным по графику работы – не менее 12 м²; помещение для хранения лекарственных средств 4 кв. м²; помещение персонала с раздевалкой – 4–6 м²; хранение уборочного инвентаря, моющих и дезинфицирующих средств, чистого белья, временное хранение грязного белья организуется в специальных помещениях или в шкафах вне производственных помещений; санузел</p> | <p>ожидальная – 12 м²; кабинет приема – не менее 12 м²; процедурный кабинет – не менее 10 м²; прививочный кабинет не менее 10 м²; смотровой кабинет с гинекологическим креслом – не менее 10 м²; стерилизационная – не менее 6 м²; помещение для хранения лекарственных средств 4 м²; помещение персонала с раздевалкой – 4–6 м²; помещение для уборочного инвентаря, моющих и дезинфицирующих средств – не менее 2 м²; помещение для хранения грязного белья не менее 2 м²; санузел</p> |

Примечание: для ФАПов, амбулаторий обслуживающих население, проживающее на удаленных территориях, предусматривается помещение для временного пребывания больных до госпитализации. По заданию на проектирование набор и площади помещений могут быть расширены.

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

3.3. Допускается совмещение туалетов для больных и персонала.

4. Требования к внутренней отделке помещений

4.1. Для внутренней отделки помещений, используются материалы в соответствии с их функциональным назначением и разрешенные для применения в ЛПО в установленном порядке.

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

4.3. Стены лечебно-диагностических кабинетов с сухим режимом, вестибюлей и других помещений рекомендуется окрашивать красками или облицовывать панелями, имеющими гладкую поверхность с герметичной заделкой швов. Для окраски потолков может применяться известковая или водоземлюльсионная побелка. Полы должны обладать повышенными теплоизоляционными свойствами (деревянные полы, окрашенные влагостойкой краской, линолеум).

4.4. Покрытия пола не должны иметь дефектов должны быть гладкими, плотно пригнанными к основанию. При использовании линолеумных покрытий края линолеума у стен должны быть заведены на стены или подведены под плинтуса или, которые должны быть плотно закреплены между стеной и полом. Швы примыкающих друг к другу листов линолеума должны быть пропаяны.

4.5. В помещениях с влажным режимом работы (прививочный, процедурный, санитарный узел и др.) стены отделываются влагостойким материалом на всю высоту помещения. Потолки окрашиваются влагостойкими материалами. Для покрытия пола используются водонепроницаемые материалы и предусматривается гидроизоляция.

4.6. В местах установки раковин и других санитарных приборов, а также оборудования, эксплуатация которого связана с возможным увлажнением стен и перегородок, следует предусматривать отделку влагостойкими материалами (допускается окраска масляной краской) на высоту 1,6 м от пола и на ширину не менее 20 см от оборудования и приборов с каждой стороны.

5. Требования к водоснабжению и канализации

5.1. Здание ФАПов, амбулаторий должны быть оборудованы системой централизованного водоснабжения или водопроводом от местных источников. При наличии собственного источника водоснабжения водопотребление на ФАПах, амбулаториях возможно при наличии санитарно-эпидемиологического заключения на данный источник. В исключительных случаях, при невозможности устройства водопровода, допускается использование привозной воды в закрытых сменяемых емкостях, ежедневно подвергающихся мойке и дезинфекции. Качество воды для хозяйственно-питьевого назначения должно соответствовать требованиям санитарных правил.

5.2. Медицинские кабинеты ФАПов, амбулаторий оборудуются горячим водоснабжением от централизованного или местного источника (допускается использование электронагревательных устройств проточного или накопительного действия). На случай отключения централизованного горячего водоснабжения для процедурных, перевязочных и других функциональных помещениях, требующих соблюдения особого противоэпидемического режима, предусматривается резервный источник горячего водоснабжения.

5.3. В процедурных, перевязочных кабинетах должны быть установлены умывальники для мытья рук с подводкой горячей и холодной воды оборудованные смесителями, дозаторами с жидким мылом и растворами антисептиков. В кабинетах, в которых проводится обработка инструментов, дополнительно предусматривается специальная раковина (или оборудуется 2-х секционная раковина). В кабинетах консультативного приема, при отсутствии в здании водопровода, допускается проведение гигиенической обработки рук с помощью кожных антисептиков.

5.4. Для удаления сточных вод предусматривается система канализации (допускается использование выгребных септиков).

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

6.1. Системы отопления, вентиляции должны обеспечивать оптимальные условия микроклимата и воздушной среды помещений.

6.2. Нагревательные приборы должны иметь гладкую поверхность, допускающую легкую очистку.

6.3. Здание ФАПов, амбулаторий оборудуются естественной вентиляцией (форточки, откидные фрамуги, оборудованные системой фиксации).

7. Гигиенические требования к естественному и искусственному освещению

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

7.2. Искусственная освещенность (общая и местная), источники света, типы ламп принимаются в соответствии с действующими нормативными документами.

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

7.4. В медицинских кабинетах необходимо устанавливать настенные или переносные светильники для осмотра больного.

8. Требования к инвентарю и технологическому оборудованию

8.1. В производственных помещениях должна использоваться медицинская мебель. Наружная и внутренняя поверхность медицинской мебели должна быть гладкой и выполнена из материалов, устойчивых к воздействию моющих, дезинфицирующих и средств.

8.2. Расстановка медицинского и технического оборудования должна обеспечить свободный доступ при его эксплуатации и обработке.

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

8.4. Для обеззараживания воздуха и поверхностей кабинеты оборудуют бактерицидными облучателями или другими устройствами обеззараживания воздуха, разрешенными для этой цели в установленном порядке. При использовании облучателей открытого типа выключатели должны быть выведены за пределы рабочих помещений. Методы применения ультрафиолетового бактерицидного излучения, правила эксплуатации и безопасности бактерицидных установок (облучателей) должны соответствовать гигиеническим требованиям.

9. Санитарно-противоэпидемические мероприятия

9.1. Медицинские работники должны выполнять мероприятия по профилактике внутрибольничных инфекций, предусмотренные санитарными правилами.

9.2. Все помещения, оборудование, медицинский и другой инвентарь должны содержаться в чистоте.

Влажная уборка помещений (обработка полов, мебели, оборудования, подоконников, дверей) должна осуществ-

ляться не менее 2-х раз в сутки с использованием моющих и дезинфицирующих средств, разрешенных к использованию в установленном порядке.

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

Уборочный инвентарь (ведра, тазы, ветошь, швабры) должен иметь четкую маркировку с указанием помещений и видов уборочных работ, использоваться строго по назначению, обрабатываться и храниться в выделенном помещении (в шкафу, вне медицинских кабинетов).

9.3. Генеральная уборка помещений с обработкой стен, полов, оборудования, инвентаря, светильников должна проводиться по графику не реже 1 раза в месяц.

Генеральная уборка (мойка и дезинфекция), процедурных и других помещений с асептическим режимом, проводится один раз в неделю.

9.4. В случае выявления пациента с инфекционными заболеваниями (подозрением) после его изоляции (госпитализации) проводится заключительная дезинфекция по режиму, предусмотренному для соответствующей инфекции.

9.5. В основных помещениях следует регулярно в плановом порядке проводить текущий ремонт помещений. Устранение возникших дефектов (ликвидация протечек на потолках и стенах, следов сырости, плесени, заделка трещин, щелей, выбоин, восстановление отслоившейся облицовочной плитки, дефектов напольных покрытий и др.) должно проводиться незамедлительно.

9.6. В период проведения текущего или капитального ремонта функционирование помещений должно быть прекращено.

9.7. В помещениях ФАПов, амбулаторий не должно быть синантропных членистоногих, крыс и мышевидных грызунов.

Проведение профилактической обработки (дезинфекции, дезинсекции, дератизации) помещений против синантропных членистоногих, крыс и мышевидных грызунов

должно осуществляться в соответствии с требованиями санитарных правил.

9.8. Изделия медицинского назначения многократного применения, которые в процессе эксплуатации могут вызвать повреждение кожи, слизистой оболочки, соприкасаться с раневой поверхностью, контактировать с кровью или инъекционными препаратами, подлежат дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации в соответствии с действующими документами. Допускается проведение стерилизации на местах.

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

Допускается оборудование мини-прачечной в здании ФАПа, амбулатории. Мини-прачечная должна иметь не менее двух помещений: для сбора, временного хранения и стрики белья второе для сушки, глажения и временного хранения чистого белья.

9.10. Сбор, временное хранение и удаление отходов различных классов опасности осуществляются в соответствии с требованиями действующих санитарных правил.

9.11. Урны, установленные для сбора мусора у входа в здание, в местах отдыха и на территории должны очищаться от мусора ежедневно и содержаться в чистоте.

9.12. Контейнеры для сбора твердых бытовых отходов должны быть установлены на площадке с твердым покрытием, обеспечены крышками, регулярно очищаться, мыться и дезинфицироваться после каждого опорожнения.

10. Гигиенические требования к условиям труда и личной гигиене медицинского и обслуживающего персонала

10.1. В основных функциональных, производственных помещениях и на рабочих местах медицинского, обслуживающего и другого персонала должны быть обеспечены

гигиенические нормативы параметров микроклимата и воздушной среды.

10.2. Санитарно-бытовые помещения для персонала ФАПов, амбулаторий должны быть оборудованы с соблюдением следующих требований:

10.3. Персонал должен проходить предварительные при поступлении на работу и периодические медицинские осмотры и профилактические прививки в соответствии с законодательством Российской Федерации.

10.4. Медицинский персонал ФАПа, амбулатории должен быть обеспечен комплектами сменной одежды: халатами, шапочками или косынками, масками, сменной обувью (тапочками) в количестве, обеспечивающем ежедневную смену одежды. Хранение ее надлежит осуществлять в индивидуальных шкафчиках, обеспечивающих раздельное хранение личной (домашней) и рабочей (санитарной) одежды, обуви и головных уборов.

В наличии постоянно должен быть комплект санитарной одежды для экстренной ее замены в случае загрязнения.

10.5. Немедицинский персонал, выполняющий работу (в том числе временную) должен иметь сменную одежду и обувь.

10.6. Врачи, фельдшера, медицинские сестры, акушерки должны быть обеспечены средствами индивидуальной защиты (перчатки, маски и др.). Все манипуляции, связанные с контактом с кровью и другими биологическими жидкостями проводить в перчатках.

10.7. Обработка рук медицинского персонала проводится в соответствии с требованиями главы I настоящих санитарных правил.

10.8. Профилактические мероприятия при загрязнении кожи слизистых работника кровью или другими биологическими жидкостями, а также при уколах и порезах проводятся в соответствии с требованиями главы I настоящих санитарных правил.

Продолжение в части 3.

**Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы
СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические
требования к организациям, осуществляющим
медицинскую деятельность» в 3 частях**

Часть 2

Подписано в печать 23.09.2010. Формат 60x84/16.
Бумага офсетная. Печать офсетная. Усл. печ. л. 5,81.
Тираж 500 экз. Заказ № 1606.
Издательство МИАЦ, 443095, г. о. Самара, ул. Ташкентская, 159.
Типография ООО «Офорт-Пресс».
443080, г. о. Самара, ул. Революционная, 70, литера «П».