

**ГЛАВНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ САНИТАРНЫЙ ВРАЧ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**П О С Т А Н О В Л Е Н И Е**

\_\_\_\_\_ Москва

№ \_\_\_\_\_

Об утверждении  
СанПиН 2.1.3. -14

В соответствии с Федеральным законом от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, № 14, ст. 1650; 2002, № 1 (ч.1), ст. 2; 2003, № 2, ст. 167; № 27 (ч.1), ст. 2700; 2004, № 35, ст. 3607; 2005, № 19, ст. 1752; 2006, № 1, ст. 10; № 52 (ч.1), ст. 5498; 2007 № 1 (ч.1), ст. 21; № 1 (ч.1), ст. 29; № 27, ст. 3213; № 46, ст. 5554; № 49, ст. 6070; 2008, № 24, ст. 2801; № 29 (ч.1), ст. 3418; № 30 (ч.2), ст. 3616; № 44, ст. 4984; № 52 (ч.1), ст. 6223; 2009, № 1, ст. 17; 2010, № 40 ст.4969; 2011, № 1, ст. 6; № 30 (ч.1), ст.4563; № 30 (ч.1), ст.4590; № 30 (ч.1), ст.4591; № 30 (ч.1), ст.4596; № 50, ст.7359; 2012, № 24, ст. 3069; № 26, ст. 3446; 2013, № 27, ст.3477; № 30 (ч.1), ст.4079; № 48, ст. 6165, 30.06.2014, № 26 (часть I), ст. 3366, ст. 3377) и постановлением Правительства Российской Федерации от 24.07.2000 № 554 «Об утверждении Положения о государственной санитарно-эпидемиологической службе Российской Федерации и Положения о государственном санитарно-эпидемиологическом нормировании» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2000, № 31, ст. 3295; 2004, № 8, ст. 663; № 47, ст. 4666; 2005, № 39, ст. 3953) п о с т а н о в л я ю:

1. Утвердить санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 2.1.3. -14 «Санитарно-эпидемиологические требования к медицинским организациям» (приложение).

2. Признать утратившими силу постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 18.05.2010 № 58 «Об утверждении СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к

организациям, осуществляющим медицинскую деятельность», зарегистрировано  
Минюстом России 09.08.2010 № 18094.

А.Ю. Попова

Утверждены  
постановлением Главного  
государственного санитарного врача  
Российской Федерации  
от \_\_\_\_\_ 2014 № \_\_\_\_

## **САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К МЕДИЦИНСКИМ ОРГАНИЗАЦИЯМ**

### **Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 2.1.3. – 14**

---

#### **I. Общие требования к медицинским организациям 1. Общие положения и область применения**

1.1. Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы (далее – санитарные правила) устанавливают санитарно-эпидемиологические требования к размещению, устройству, оборудованию, содержанию, противоэпидемическому режиму, профилактическим и противоэпидемическим мероприятиям, условиям труда персонала, организации питания пациентов и персонала медицинских организаций, а также других организаций, обеспечивающих их деятельность.

1.2. Санитарные правила предназначены для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих и/или обеспечивающих медицинскую деятельность и обязательны для исполнения на территории Российской Федерации.

Проектирование, строительство, реконструкция, капитальный ремонт, перепланировка медицинских организаций осуществляются в соответствии с заданием на проектирование и настоящими правилами.

1.3. Медицинская деятельность подлежит лицензированию в соответствии с законодательством Российской Федерации. Обязательным условием для принятия решения о выдаче лицензии является представление соискателем лицензии

санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений, помещений, оборудования и иного имущества, которые соискатель лицензии предполагает использовать для осуществления деятельности.

1.4. Контроль за выполнением настоящих санитарных правил проводят органы, уполномоченные на осуществление федерального государственного санитарно-эпидемиологического контроля (надзора).

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

1.6. Администрация медицинской организации обязана организовать производственный контроль за соблюдением санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов с проведением лабораторно-инструментальных исследований и измерений в соответствии с разработанным планом производственного контроля и требованиями настоящих санитарных правил.

## **2. Требования к размещению и территории медицинских организаций**

2.1. Медицинские организации (далее - МО) в зависимости от функционального назначения располагают на территории жилой застройки, общественно – деловых зон, а также в зеленой или пригородной зонах. В сложившейся городской застройке допускается размещение МО в «смешанных зонах» на расстоянии от общественных, промышленных, коммунальных, хозяйственных и других организаций в соответствии с требованиями, предъявляемыми к планировке и застройке городских, поселковых и сельских населенных пунктов в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2.2. Здания стационаров психиатрического, в т.ч. наркологического, инфекционного, в том числе туберкулезного профиля, располагают на расстоянии не менее 100 метров от территории жилой застройки. Стационары указанного профиля на 1000 и более коек рекомендуется размещать в пригородной или зеленой зонах.

2.3. На участке МО не должны располагаться здания организаций, функционально не связанных с ней.

2.4. На участке размещения МО почва по санитарно-химическим, микробиологическим, паразитологическим показателям, радиационному фактору должна соответствовать гигиеническим нормативам, содержание вредных веществ в атмосферном воздухе, уровни электромагнитных излучений, шума, вибрации, инфразвука не должны превышать гигиенические нормативы.

2.5. На территории МО должна быть предусмотрена инженерная защита зданий и сооружений.

2.6. В жилых и общественных зданиях, при наличии отдельного входа, допускается размещать амбулаторно-поликлинические учреждения мощностью не более 100 посещений в смену, включая фельдшерско-акушерские пункты (ФАПы), организации с дневными стационарами, а также подразделения судебно-медицинской экспертизы и обследования потерпевших, обвиняемых и других лиц.

2.7. В жилых и общественных зданиях не допускается размещение МО, оказывающих помощь инфекционным, в том числе туберкулезным больным.

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

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

2.10. Площади земельных участков стационаров и отдельно-стоящих амбулаторно-поликлинических организаций должны устанавливаться в соответствии с требованиями градостроительных нормативных документов.

2.11. На территории предусматривается место для стоянки автотранспорта, в том числе медперсонала и посетителей.

При размещении поликлинического приема в структуре зданий другого назначения отдельная автостоянка не предусматривается.

2.12. Территория МО должна быть благоустроена с учетом необходимости обеспечения лечебно-охранительного режима, озеленена, ограждена и освещена.

2.13. На территории стационаров (при наличии соответствующих структурных отделений) выделяются следующие зоны:

- лечебных корпусов;
- патологоанатомического отделения;
- хозяйственная зона (инженерные сооружения, гараж для служебных машин и т.п.);
- стоянка для автомашин персонала, пациентов и посетителей.

В больницах восстановительного лечения, психиатрических и др. стационарах предусматривается создание садово-парковой (прогулочной) зоны.

2.14. Инфекционные, кожно-венерологические, акушерские, детские, психосоматические, радиологические отделения, входящие в состав многопрофильных лечебных учреждений, размещаются в отдельно стоящих зданиях. К инфекционному отделению предусматривается отдельный въезд (вход) и площадка для дезинфекции транспорта.

При соответствующей планировочной изоляции и наличии автономных систем вентиляции допускается размещение указанных подразделений в одном здании с другими отделениями, за исключением противотуберкулезных подразделений.

2.15. Контейнеры с закрывающимися крышками для отходов класса А хранятся на специальной площадке. Контейнерная площадка должна располагаться на территории хозяйственной зоны не менее чем в 25 м от лечебных корпусов и пищеблока, иметь твердое покрытие.

Размер контейнерной площадки должен превышать площадь основания контейнеров на 1,5 метра во все стороны. Площадка должна быть ограждена.

2.16. Обращение с отходами МО осуществляются в соответствии с требованиями действующих нормативных документов.

### **3. Требования к зданиям, сооружениям и помещениям**

3.1. Архитектурно-планировочные и конструктивные решения зданий и помещений для медицинской деятельности должны обеспечивать соблюдение санитарно-противоэпидемического режима и условий труда медицинского персонала.

Высота помещений определяется с учетом нормируемых показателей воздухообмена.

При размещении подразделений в отдельных корпусах рекомендуется соединять их теплыми переходами.

3.2. В МО должны быть созданы условия для удобного доступа и пребывания маломобильных групп населения. Здания медицинских организаций высотой 2 и более этажей должны быть оборудованы лифтами или другими устройствами для транспортировки таких пациентов.

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

Разделение потоков с различной степенью эпидемиологической опасности достигается с помощью планировочных решений или специального оборудования (закрытые тележки, контейнеры, оборудование проходного типа и др.). Упакованные грузы допускается транспортировать общебольничными лифтами.

3.4. В МО оборудуются санитарно-бытовые помещения персонала в соответствии с законодательством Российской Федерации.

3.5. Структура, состав, функциональное назначение и площади помещений должны определяться мощностью и видами деятельности организации с учетом требований действующих нормативных документов и отражаться в задании на проектирование. Рекомендуемые минимальные площади помещений представлены в приложениях 1, 2 настоящих правил.

3.6. Нормативная продолжительность инсоляции должна быть обеспечена не менее чем в 60 % общей численности палат медицинской организации в соответствии с нормативными документами.

В помещениях МО необходимо предусматривать солнцезащитные устройства.

3.7. В помещениях класса чистоты А и Б солнцезащитные устройства размещаются между рамами или снаружи окон. Солнцезащитные устройства, размещенные внутри помещений с асептическим режимом, должны быть выполнены из материалов, устойчивых к моющим и дезинфицирующим средствам.

3.8. При планировке зданий не допускается размещение под окнами палат помещений травматологических пунктов, приемно-смотровых боксов, входов в приемное отделение (за исключением зданий, оборудованных закрытыми помещениями для въезда санитарного транспорта), а также тарных, загрузочных, экспедиционных и других помещений, к которым имеется подъезд автомашин для проведения погрузочно-разгрузочных работ.

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

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

3.11. Помещения, в которых предусматривается транспортировка на каталках/функциональных кроватях, должны иметь дверные проемы соответствующей ширины.

3.12. В МО, использующих многоразовый медицинский инструмент, следует предусматривать централизованные стерилизационные отделения (ЦСО).

3.13. Проектирование прачечных при МО, их производительность определяется в зависимости от мощности МО и видов медицинской помощи. Расчет производительности производится в проектом задании.

3.14. Стирка белья МО инфекционного, в том числе туберкулезного, профиля осуществляется только в собственных или в специализированных прачечных. Стирка белья других МО осуществляется в собственных прачечных или прачечных других организаций, режим обеззараживания и стирки в которых



соответствует технологии обработки белья для медицинского учреждения. В случае стирки белья МО в неспециализированных коммунальных прачечных, для белья МО выделяется отдельная технологическая линия (отдельные машины).

3.15. В МО небольшой мощности, допускается устройство мини-прачечных (для стирки спецодежды, полотенец, салфеток). В помещениях мини-прачечных должны быть предусмотрены зоны для сбора и стирки грязного белья и для сушки и глажения чистого белья.

3.16. В стационарах следует предусматривать дезинфекционные отделения, состав и площадь которых определяется количеством обрабатываемых постельных принадлежностей, одежды, белья, кроватей.

При отсутствии собственного дезинфекционного отделения дезинфекция постельных принадлежностей, одежды, белья может проводиться в других организациях, имеющих дезинфекционные камеры.

3.17. МО должны иметь отдельные туалеты для больных и персонала, за исключением амбулаторно-поликлинических организаций с мощностью до 50 посещений в смену. В подразделениях инфекционного, в т.ч. туберкулезного профиля, независимо от их мощности, предусматриваются отдельные туалеты для пациентов и персонала.

3.18. Во вновь строящихся и реконструируемых МО для пациентов при палатах предусматриваются санузлы, оснащенные раковиной, душ предусматривается по заданию на проектирование.

3.19. При устройстве межэтажных перекрытий, перегородок, стыков между ними и отверстий для прохождения инженерных коммуникаций и проводов должна быть обеспечена защита от проникновения грызунов.

#### **4. Требования к внутренней отделке помещений**

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

4.2. Поверхность стен и перегородок производственных помещений для обеспечения медико-технологических процессов должна быть гладкой, допускающей влажную уборку и дезинфекцию.

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

Поверхность стен и потолков помещений, где работают лазерные установки, должна иметь матовое покрытие.

Отделка стен, потолков и полов кабинетов электросветолечения керамическими плитками не допускается.

Во всех типах помещений допускается применение подвесных, натяжных, подшивных и других видов потолков, обеспечивающих гладкость поверхности и возможность проведения их влажной очистки и дезинфекции при соблюдении нормативной высоты помещений.

Полы помещений, предназначенных для постоянных потоков людей (коридоры, вестибюли и т.п.) не должны покрываться гладкими керамическими и другими плитками.

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

4.4. В местах установки раковин и других санитарных приборов, а также оборудования, эксплуатация которого связана с возможным увлажнением стен и перегородок, следует предусматривать отделку последних керамической плиткой или другими влагостойкими материалами.

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

## **5. Требования к водоснабжению и канализации**

5.1. Вновь строящиеся, реконструируемые и действующие МО должны быть оборудованы системами горячего и холодного водоснабжения, канализацией. Качество воды для хозяйственно-питьевого назначения должно

соответствовать требованиям санитарных правил. Водопотребление МО из собственного источника водоснабжения возможно при наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии водного объекта санитарным правилам и условиям безопасного для здоровья населения использования водного объекта. Организация водоснабжения МО путем доставки привозной воды, расфасованной в емкости, допускается только в качестве временной меры в условиях чрезвычайных ситуаций.

5.2. Устройство, оборудование, система водоподготовки, качество воды и организация эксплуатации бассейнов медицинских организаций, за исключением бассейнов с минеральной водой, должны соответствовать действующим санитарно-эпидемиологическим требованиям к плавательным бассейнам.

5.3. Очистка и обеззараживание сточных вод от МО должны осуществляться на общегородских или других канализационных очистных сооружениях, гарантирующих соблюдение нормативных требований. При отсутствии общегородских или других очистных сооружений сточные воды медицинской организации должны подвергаться очистке и обеззараживанию на локальных сооружениях.

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

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

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

5.5. Для вновь строящихся и реконструируемых МО на случай выхода из строя или проведения профилактического ремонта системы горячего водоснабжения должно быть предусмотрено резервное горячее водоснабжение.

Для действующих МО в качестве резервного источника допускается использование водонагревательных устройств.

5.6. Припалатные шлюзы боксов и полубоксов, санпропускники, туалеты для персонала и палаты инфекционных, туберкулезных, кожно-венерологических, гнойных, ожоговых, гематологических отделений, лаборантских клинικο-диагностических и бактериологических лабораторий, лаборантских судебно-медицинского и патолого-анатомического профиля, а также предоперационные, перевязочные, родовые палаты, реанимационные залы, процедурные кабинеты, посты медсестер, секционные и другие помещения, требующие соблюдения особого режима и чистоты рук обслуживающего медперсонала, следует оборудовать умывальниками с установкой смесителей с локтевым (бесконтактным, педальным и прочим не кистевым) управлением и дозаторами с жидким (антисептическим) мылом и растворами антисептиков.

Во врачебных кабинетах, комнатах для персонала, санитарных комнатах, санитарных узлах, туалетах, в материнских комнатах при детских отделениях, процедурных, перевязочных проектируемых, реконструируемых и капитально ремонтируемых зданий должны быть установлены умывальники с подводкой горячей и холодной воды.

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

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

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

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

5.12. В целях профилактики внутрибольничного легионеллеза в отделениях (палатах) для лечения иммунокомпрометированных пациентов (трансплантологии, онкогематологии, ожоговых и т.п.) при температуре горячей

воды в точках разбора (душевые сетки) ниже 60 градусов рекомендуется применять дополнительные средства защиты (специальные фильтры). Микробиологический контроль на наличие легионелл в этих организациях осуществляется 2 раз в год, точка отбора - перед поступлением в распределительную сеть. В случае снижения температуры горячего водоснабжения в точках выхода до 55°C и ниже, контроль на наличие *Legionella pneumophila* и *Legionella spp.* проводится ежемесячно до момента восстановления температурного режима до уровня выше 65° С.

При температуре горячей воды выше 65° С и холодной воды ниже 20° С микробиологический контроль не проводится.

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

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

6.2. Размещение отопительных приборов осуществляется в соответствии с нормами строительства и проектирования. Конструкция и установка отопительных приборов должны обеспечивать свободный доступ для эксплуатации, санитарной и дезинфекционной обработки.

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

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

6.5. В МО общей площадью не более 500 кв.м., в помещениях класса чистоты Б, В и Г (кроме малых операционных, рентгенкабинетов, кабинетов компьютерной и магнитно-резонансной томографии, палат для иммунокомпromетированных больных) допускается естественное проветривание через оконные проемы.

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

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

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

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

В помещениях классов А и Б в воздухе не должно быть золотистого стафилококка. В помещениях классов В и Г золотистый стафилококк не нормируется. Предельно допустимые концентрации вредных химических веществ в воздухе производственных помещений представлены в приложении 4.

Содержание вредных химических веществ в воздухе помещений пребывания пациентов должны соответствовать нормативам для атмосферного воздуха. Воздух производственных помещений, где осуществляется деятельность только медицинского персонала (зуботехнические лаборатории, патологоанатомические отделения, гистологические лаборатории и др.) контролируется по гигиеническим нормативам для воздуха рабочей зоны.

6.10. Проектирование и эксплуатация вентиляционных систем должны исключать перетекание воздушных масс из "грязных" помещений в "чистые".

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

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

Отсутствие естественного проветривания допускается в помещениях, оснащенных системой приточно-вытяжной вентиляции с механическим побуждением, обеспечивающей подачу наружного воздуха в количестве соответствующем санитарным нормам, необходимую кратность воздухообмена, а также оснащенную системой автоматического контроля микроклимата (система «климат-контроль») и работающей постоянно в режиме работы МО.

6.13. Самостоятельные системы приточно-вытяжной вентиляции предусматриваются для помещений чистоты класса А, а также помещений с вредными производственными факторами (биологические, химические, физические) - отделения (кабинеты) лучевой диагностики, грязе - и водолечения, лаборатории, зуботехнические лаборатории, секционные.

Допускаются общие системы приточно-вытяжной вентиляции для группы помещений одного или нескольких структурных подразделений.

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

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

6.15. При работе с жидким азотом и другими тяжелыми газами, аэрозолями, вытяжка организуется только из нижней зоны. Помещения для хранения биоматериалов в жидком азоте должны оснащаться самостоятельной системой

вытяжной вентиляции и аварийной вентиляцией, включающейся автоматически по сигналу газоанализатора.

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

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

6.18. Запорные устройства (в том числе обратные клапаны), должны устанавливаться на приточных и вытяжных вентиляционных системах в секционных, лабораториях патолого-анатомического и судебно-медицинского профиля для исключения несанкционированного перетока воздуха.

6.19. В инфекционных, в том числе туберкулезных отделениях, вытяжные вентиляционные системы должны оснащаться устройствами обеззараживания воздуха или фильтрами тонкой очистки (Н11-Н14).

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

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

6.22. Изоляция пациентов с инфекционными болезнями, которые могут привести к возникновению чрезвычайных ситуаций в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения и требуют проведения



мероприятий по санитарной охране территории (чума, желтая лихорадка, вирусные геморрагические лихорадки и другие) допускается только в боксах с системой механической приточно-вытяжной вентиляции, при этом фильтр (устройство обеззараживания) должен быть установлен на выходе воздуховода удаляемого воздуха из бокса.

6.23. Забор наружного воздуха для систем вентиляции и кондиционирования производится из чистой зоны на высоте не менее 2 м от поверхности земли до низа воздухозаборной решетки. Наружный воздух, подаваемый приточными установками, подлежит очистке фильтрами грубой и тонкой очистки.

6.24. Выброс отработанного воздуха предусматривается выше кровли на высоту не менее 1 м. Допускается выброс воздуха на фасад здания после очистки фильтрами соответствующего назначения.

6.25. Воздух, подаваемый в помещения чистоты классов А и Б должен подвергаться очистке и обеззараживанию, устройствами, эффективность обеззараживания (инактивации) которых на выходе не менее 99% - для класса А и 95% для класса Б, что соответствует эффективности фильтров (Н11-Н14). Фильтры высокой очистки подлежат замене не реже 1 раза в 6 месяцев, если другое не предусмотрено инструкцией по эксплуатации.

6.26. Помещения класса чистоты А и Б оснащаются устройствами обеззараживания воздуха внутри помещения, обеспечивающими инактивацию микроорганизмов и нормативные микробиологические параметры воздуха для помещений различного функционального назначения, изложенные в приложении 3.

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

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

6.29. В 1-2-х местных палатах с санузлами вытяжка удаляемого воздуха организуется из санузла. При большем числе коек в палате вытяжка осуществляется и из палаты и из санузла.

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

6.31. В помещениях душевых, санитарных узлах, туалетах, санитарных комнатах, помещениях для грязного белья, временного хранения отходов и кладовых для хранения дезинфекционных средств, реактивов и других веществ с резким запахом предусматривается естественная канальная или вытяжная вентиляция с механическим побуждением без устройства организованного притока.

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

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

6.34. Рабочие места в помещениях, где проводятся работы, сопровождающиеся выделением вредных химических веществ (работа с цитостатиками, психотропными веществами, метилметакрилатами, фенолами и

формальдегидами, органическими растворителями, анилиновыми красителями и другими) должны быть оборудованы, местными вытяжными устройствами.

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

Помещение для обработки эндоскопов (моечно-дезинфекционное) оборудуют общеобменной приточно-вытяжной вентиляцией и местной вытяжной вентиляцией с удалением паров растворов для очистки и ДВУ на уровне моечных ванн.

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

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

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

6.38. Воздуховоды, воздухораздающие и воздухоприемные решетки, вентиляционные камеры, вентиляционные установки и другие устройства должны содержаться в чистоте, не иметь механических повреждений, следов коррозии, нарушения герметичности. Использование вентиляционных камер не по прямому назначению запрещается. Уборка помещений вентиляционных камер должна проводиться не реже 1 раза в месяц, а воздухозаборных шахт не реже 1 раз в полгода. Техническое обслуживание, очистка и дезинфекция систем механической вентиляции предусматривается не реже 1 раза в год. Устранение текущих неисправностей, дефектов проводится безотлагательно.

6.39. Во всех помещениях чистоты класса А, предусматривается скрытая прокладка трубопроводов, арматуры.

В остальных помещениях возможно размещение воздуховодов в закрытых коробах.

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

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

6.42. Независимо от принятой системы вентиляции, рекомендуется проветривание палат не менее 4 раз в сутки по 15 минут.

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

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

6.45. При наличии централизованных систем кондиционирования и увлажнения воздуха в целях профилактики внутрибольничного легионеллеза микробиологический контроль данных систем на наличие легионелл проводится 2 раза в год. Кондиционирующие установки небольшой мощности без увлажнения воздуха и сплит-системы контролю на легионеллы не подлежат.

## **7. Требования к естественному и искусственному освещению**

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

7.2. Без естественного освещения или с освещением вторым светом при условии обеспечения нормируемых показателей микроклимата, кратности воздухообмена и чистоты воздушной среды допускается размещать, в том числе в подземных этажах:

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

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

в) помещения вспомогательных служб (экспедиции, загрузочные, архивы, кладовые и хранилища всех видов, термостатная, комната приготовления сред, центральные бельевые, помещения приготовления рабочих дезинфекционных растворов, моечные, столовые, в том числе для пациентов, помещения пищеблоков, прачечных, центральных стерилизационных, дезинфекционных отделений, помещения хранения и одевания тел умерших, траурный зал, баллистические лаборатории, помещения обработки медицинских отходов, санитарные пропускники, санитарные комнаты, клизменные);

г) кабинеты и помещения восстановительного и физиотерапевтического лечения (тренажерные залы, массажные кабинеты, кабинеты мануальной терапии, кабинеты безыгольной рефлексотерапии, кабинеты гирудотерапии, сауны, помещения подготовки парафина, озокерита, обработки прокладок, фотарии, кабинеты бальнеологических процедур, регенерации грязи, лечения сном, кабинеты электросветолечения), кабинеты ультразвуковой и лучевой диагностики и терапии и комнаты управления при них.

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

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

7.4. В МО уровень естественного и искусственного освещения должен соответствовать санитарным нормам и правилам (приложение 5).

7.5. В помещениях без естественного освещения или с недостаточным естественным освещением рабочих мест необходимо предусматривать компенсаторные мероприятия:

- повышение уровня искусственной освещенности на 1 ступень;
- использование ламп дневного света с естественной цветопередачей.

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

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

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

7.9. Для освещения палат (кроме детских и психиатрических отделений) следует применять настенные комбинированные светильники (общего и местного освещения).

7.10. В каждой палате, должен быть специальный светильник ночного освещения.

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

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

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

## **8. Требования к инвентарю и технологическому оборудованию**

8.1. Расстояние от коек до стен, а также между торцами коек должно обеспечивать возможность свободного доступа персонала и пациентов, в том числе с использованием каталок, колясок и т.п.

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

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

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

8.4. Лечебно-диагностическое оборудование может быть установлено непосредственно в кабинете врача (например: физиотерапевтическое оборудование в кабинете косметологии терапевтической, аппарат ЭКГ в кабинете терапевта/кардиолога, аппарат УЗИ в кабинете гинеколога) при условии обеспечения требований безопасности (заземления и др.)

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

8.6. Кладовые для хранения белья оборудуются полками с гигиеническим покрытием, доступным для влажной уборки и дезинфекции. Общие бельевые оборудуются стеллажами, а также столами для подборки и сортировки белья, а при необходимости - приемными люками, пандусами или подъемными механизмами.

8.7. В лечебных, диагностических и вспомогательных помещениях, кроме административных, наружная и внутренняя поверхность мебели и медицинского оборудования должны быть гладкими, без дефектов, следов ржавчины и коррозии, и выполнены из материалов, устойчивых к воздействию моющих и дезинфицирующих средств.

Мебель и медицинское оборудование должны быть исправны.

8.8. На рабочих местах в отделении (кабинете) МРТ проводится инструментальный контроль уровней электромагнитных полей, уровней шума, освещенности, параметров микроклимата:

- при вводе в эксплуатацию (уровень напряженности постоянного магнитного поля - в помещении диагностической (в зонах выполнения технологических операций по укладке пациентов и проведению диагностических исследований обслуживающим персоналом, определение зоны с повышенными уровнями), в пультовой на рабочем месте оператора, в смежных помещениях в расчетных зонах контролируемого доступа; уровень шум - в помещении диагностической при различных режимах работы оборудования (оценивается воздействие на пациентов при проведении разных видов исследований (сканирований), в помещении пультовой (в режиме сканирования с учетом времени воздействия на персонал), в помещениях, смежных с диагностической и технической комнатой, в которых есть нормируемые по шуму рабочие места);

- при проведении специальной оценки условий труда на рабочих местах;

- при организации производственного контроля с периодичностью, установленной по каждому фактору: электромагнитные поля – 1 раз в 3 года, уровни шума и освещенности - 1 раз в год, параметры микроклимата - 2 раза в год.

8.9. Нормируемые значения контролируемых показателей ИМТ и МИ установлены в приложении 7.

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



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

## **9. Санитарно-эпидемиологические требования к подразделениям различного профиля**

### 9.1. Приемные отделения стационаров.

9.1.1. При поступлении осматриваются кожные покровы пациентов, зев, измеряется температура, проводится осмотр на педикулез с отметкой в истории болезни, собирается эпидемиологический и прививочный (по показаниям) анамнез. Приемное отделение оснащается термометрами и шпателями в количестве, соответствующем числу поступающих пациентов. В случае подозрения на инфекционное заболевание пациента изолируют в диагностическую палату при приемном отделении или бокс до установки диагноза или перевода в инфекционное отделение (больницу). По заданию на проектирование в приемном отделении предусматриваются помещения для оказания экстренной лечебно-диагностической помощи (кабинеты лучевой диагностики, эндоскопии, смотровые, экстренные операционные, реанимационные залы, перевязочные, включая гипсовую перевязочную, кабинеты врачей и прочие).

9.1.2. В приемно-карантинном отделении психиатрического стационара проводится взятие материала для микробиологических исследований на дифтерию и группу кишечных инфекций (в случае отсутствия документально подтвержденных результатов). Пациент находится в приемно-карантинном отделении (или боксе) до получения результатов исследования.

9.2. Палатные отделения стационаров неинфекционного профиля, в том числе дневные.

9.2.1. Минимальную площадь палат МО рекомендуется принимать в соответствии с приложением 1.

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

9.2.3. Вместимость палат, следует принимать не более 4 коек.

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

9.2.5. В палатных отделениях оборудуется буфетная, с моечной для столовой посуды. Наличие столовой определяется заданием на проектирование.

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

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

9.2.8. В санитарных комнатах следует предусматривать место для установки судномоечной машины (утилизатора). В санитарных комнатах дневных стационаров судномоечные машины устанавливаются по заданию на проектирование.

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

В дневных стационарах, расположенных в зданиях с палатными отделениями стационара, поток пациентов дневного стационара приравнивается к амбулаторно-поликлиническому и должен быть отделен от стационарных пациентов.

9.2.10. В существующих зданиях, при отсутствии санузлов, приближенных к палатам, количество унитазов предусматривается из расчета не менее 1 унитаза на 10 женских коек и 15 мужских.

9.3. Площадь помещения гипербарической оксигенации (барозал) указана в приложение 1.

9.4. Палатные отделения стационара для лечения детей.

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

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

9.4.3. В отделениях второго этапа выхаживания и отделениях для детей до 3 лет предусматриваются палаты для совместного круглосуточного пребывания матерей (на 2 взрослые и 2 детские койки), фильтр для их профилактического осмотра и переодевания, а также помещения для отдыха и приема пищи приходящих родителей.

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

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

9.5. Отделения для лечения инфекционных больных.

9.5.1. Инфекционные отделения следует размещать в отдельно стоящем или пристроенном здании с отдельным приемным отделением и самостоятельными системами вентиляции.

9.5.2. Процентное соотношение коек в боксах, боксированных палатных инфекционных отделениях следует принимать по таблице 2.

Таблица 2

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

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

9.5.4. С учетом высокой устойчивости, длительности сохранения возбудителя во внешней среде и в целях профилактики распространения туберкулеза запрещается перепрофилирование зданий медицинских организаций фтизиатрического профиля.

9.6. Палатные отделения для иммунокомпрометированных пациентов (отделения для пациентов с ВИЧ инфекцией, муковисцидозом, онкогематологическими заболеваниями, ожогами, реципиентов отделений трансплантологии).

9.6.1. Вместимость палат указанных подразделений должна быть не более 2 коек. Больные распределяются по палатам в соответствии с нозологическими формами, с учетом сроков течения заболевания и цикличности заполнения палат.

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

9.6.3. Палаты в отделениях должны быть со шлюзом и санузлом, оборудованы системой приточно-вытяжной вентиляции с преобладанием притока

над вытяжкой, обеспечивающей чистоту воздуха в соответствии с требованиями приложения 3. При отсутствии механической приточно-вытяжной вентиляции, должны быть предусмотрены другие устройства, обеспечивающие необходимую чистоту воздуха: установки обеззараживания воздуха рециркуляционного типа, устройство специальной палатки, оборудование однонаправленного воздушного потока над койкой пациента.

9.6.4. При проектировании новых и реконструируемых зданий стационаров по заданию на проектирование могут предусматриваться условия, обеспечивающие возможность пребывания в стационаре лиц по уходу за тяжелыми пациентами».

9.7. Отделения физиотерапевтического и восстановительного лечения.

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

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

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

9.7.4. Стационарные аппараты УВЧ мощностью более 100 Вт или несколько аппаратов УВЧ суммарной мощностью более 100 Вт, следует размещать в отдельном помещении.

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

9.7.6. Требования к размещению и эксплуатации лазерных аппаратов и приборов в МО определяются в соответствии с классом лазерной опасности. Внутренняя отделка помещений должна быть выполнена из материалов с матовой поверхностью. Запрещается использование зеркал и других отражающих поверхностей. Для аппаратов 1 и 2 класса лазерной опасности отдельных помещений не требуется. Аппараты 3 и 4 классов опасности должны размещаться в отдельных кабинетах, оснащенных наружным табло «Не входить, работает лазер», знаком лазерной опасности, внутренним запорным устройством; на данные кабинеты оформляется санитарный паспорт. При работе с лазерными аппаратами 2-4 классов опасности необходимо использовать индивидуальные средства защиты органов зрения для пациентов и персонала. Работа с источниками лазерного излучения должна проводиться в соответствии с действующими санитарными правилами.

9.7.7. В составе солярия, предназначенного для искусственного ультрафиолетового облучения людей, следует предусматривать место для раздевания. Площади для размещения солярия следует предусматривать в соответствии с приложением №1.

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

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

9.7.9. Кабинеты гипокситерапии в случае использования азота для газовой гипоксической смеси должны размещаться на первом этаже. В кабинетах предусматриваются противошумовые мероприятия от работы компрессора и естественное проветривание.

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

9.7.10. При кабинете гидроколонтерапии предусматривается туалет.

9.8. Эндоскопические отделения.

9.8.1. В составе отделения выделяется кабинет приема врача, процедурные (манипуляционные), помещения для обработки эндоскопического оборудования и вспомогательные помещения. Для проведения бронхоскопии, эндоскопии верхних отделов пищеварительного тракта, нижних отделов пищеварительного тракта, выделяются отдельные процедурные. Проведение этих манипуляций в одной процедурной не допускается. При процедурной для исследования нижних отделов пищеварительного тракта, а также мочевыводящих путей предусматривается туалет.

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

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

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

9.9.2. Помещения для амбулаторно-консультативного приема могут располагаться как в едином блоке с помещениями ЭКО, так и вне его. Количество

и специализация консультативных кабинетов определяется заданием на проектирование.

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

#### 9.10. Отделения гемодиализа

9.10.1. Допускается проектирование смежных гемодиализных залов для стационарных и амбулаторных больных. Для проведения хронического гемодиализа амбулаторным больным должна выделяться самостоятельная зона. Для амбулаторных пациентов предусматриваются помещения отдыха, переодевания и хранения личных вещей. Минимальные рекомендуемые площади (набор) помещений, в том числе вспомогательных, отражены в приложении 1.

9.10.2. В отделении гемодиализа предусматриваются клиничко-диагностическая экспресс лаборатория, малая операционная и палата интенсивной терапии.

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

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

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

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

#### 9.11. Отделения лучевой диагностики.



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

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

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

Техническое помещение МРТ не допускается размещать смежно с палатами круглосуточного пребывания пациентов.

Перед входом в отделение МРТ необходимо размещать предупреждающие и запрещающие знаки (знак Р11 «Запрещение работы (присутствия) людей со стимуляторами сердечной деятельности» знак W13 «Внимание. Магнитное поле»).

Рабочие места обслуживающего персонала аппарата МРТ должны быть определены в соответствии с распределением уровней постоянного магнитного поля (далее ПМП), создаваемого аппаратом, представленным в технической документации производителя на аппарат МРТ.

Конструкция стен, потолка, пола, дверей, окон в помещении диагностической должна обеспечивать снижение уровней электромагнитного поля в прилегающих помещениях до допустимых значений (приложение 8). Оценка и нормирование ПМП осуществляется по уровню магнитного поля дифференцированно, в зависимости от времени его воздействия на работника за смену для условий общего (на все тело) и локального (кисти рук, предплечье) воздействия.

В случае выхода линии зоны контролируемого доступа (зона магнитной индукции  $\geq 0,5\text{мТл}$ , в которой не допускается нахождение пациентов с кардиостимуляторами и другими типами имплантированных электронных стимуляторов) за пределы стен и перекрытий помещений отделения (кабинета)

МРТ необходимо проведение измерений ПМП в этих смежных помещениях для уточнения фактической «Зоны контролируемого доступа». Участки в смежных помещениях, где регистрируются уровни магнитной индукции  $\geq 0,5\text{мТл}$ , должны быть обозначены предупреждающими знаками, изолироваться и контролироваться с целью предотвращения нахождения там пациентов и персонала с кардиостимуляторами и другими типами имплантированных электронных стимуляторов. В случае невозможности изоляции и контроля таких зон следует изменить назначение помещений.

Звукоизоляция стен, потолка, пола, дверей, окон технического помещения и диагностической, должна быть выполнена в соответствии с расчетами акустического влияния оборудования и обеспечивать гигиенические требования по шуму в смежных помещениях (приложения 9 и 10). Оценка уровней шума, воздействующего на медицинский персонал в помещениях диагностической и пультовой, проводится с учетом поправок на продолжительность времени воздействия шума. Расчет производится для уровней звука или уровней звукового давления в каждой октавной полосе.

Для предотвращения вредного воздействия повышенных уровней шума и электромагнитных полей необходимо учитывать функциональные и конструктивные особенности оборудования (рекомендуется использовать аппараты, имеющие дистанционное управление столом, центровкой и программой запуска сканирования, обеспечивающие минимальное время нахождения обслуживающего персонала в зонах с повышенными уровнями ПМП без подключения катушек обслуживающим персоналом внутри отверстия магнита), маркировать зоны с уровнями ПМП, превышающими ПДУ для общего воздействия с учетом времени нахождения в данной зоне за смену, заранее планировать последовательность выполнения различных исследований в течение смены для минимизации количества замен катушек, вести журнал регистрации диагностических процедур с указанием количества замен катушек в смену на каждого сотрудника и времени (хронометраж), необходимого для замены катушки и укладки пациента в условиях повышенного уровня ПМП, при входе в

диагностическую использовать средства индивидуальной защиты органов слуха требуемой эффективности.

Лица, не достигшие 18-летнего возраста, и беременные женщины допускаются к работе в условиях воздействия ЭМП, если интенсивность ЭМП на рабочих местах не превышает ПДУ, установленных для населения.

9.11.3. Размещение, оборудование кабинетов ультразвуковой диагностики должны соответствовать гигиеническим требованиям к условиям труда медицинских работников, выполняющих ультразвуковые исследования. Каждая ультразвуковая диагностическая установка должна размещаться в отдельном помещении. В помещении кабинета ультразвуковой диагностики не следует размещать электроприборы, которые могут вызывать помехи при работе ультразвуковой аппаратуры.

Уровни контактного ультразвука, воздействующего на руки медицинского персонала, не должны превышать предельно допустимый уровень для диапазона рабочих частот 1,0 - 31,5 МГц. Температура боковых поверхностей датчиков, предназначенных для соприкосновения с руками медицинского персонала, не должна превышать 40 °С.

Рабочее место врача УЗИ следует размещать таким образом, чтобы ВДТ медицинского оборудования был ориентирован боковой стороной к световому проему, а естественный свет падал преимущественно слева.

Освещение не должно создавать бликов на поверхности экрана. Освещенность поверхности экрана не должна быть более 300 лк. Коэффициент пульсации не должен превышать 5%.

Предельно-допустимые уровни воздушного ультразвука представлены в приложении 11.

Для защиты рук от неблагоприятного воздействия контактного ультразвука в твердых, жидких, газообразных средах, а также от контактных смазок необходимо применять перчатки (наружные резиновые и внутренние хлопчатобумажные).

При систематической работе с источниками контактного ультразвука в течение более 50% рабочего времени необходимо в течение рабочей смены устраивать два регламентированных десятиминутных перерыва для проведения лечебной гимнастики.

#### 9.12. Отделения переливания крови (ОПК)

9.12.1. Отделения переливания и заготовки крови должны размещаться в изолированном блоке помещений с отдельным входом и иметь подъездные пути для автомашин, удобные подходы для доноров, персонала больницы и ОПК. В случае размещения ОПК в отдельно стоящем здании оно должно находиться в зоне неинфекционных корпусов. Между отдельно стоящим зданием ОПК и лечебными корпусами целесообразно иметь утепленный переход.

9.12.3. Состав помещений ОПК определяется технологическим процессом и мощностью учреждения.

В составе ОПК предусматриваются следующие основные блоки:

- помещения для доноров (вестибюль-гардеробная, регистратура, буфетная, ожидальная, туалет для доноров),
- лаборатории (для определения групповой и резус-принадлежности, клинических и биохимических показателей, маркеров инфекционности, в т.ч. с использованием молекулярных методов диагностики),
- блок помещений заготовки крови и ее препаратов (манипуляционная забор крови, манипуляционные для плазмафереза и тромбоцитозфереза, бокс с предбоксом для отделения плазмы крови, центрифужная, отсек для оказания медицинской помощи донорам, предоперационная для персонала с местом для маркировки флаконов),
- помещения карантинизации, хранения и выдачи крови и других трансфузионных сред,
- помещение для обеззараживания забракованной крови,
- административно-бытовые помещения.

#### 9.14. Подразделения скорой и неотложной помощи.

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

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

9.15. Патологоанатомические отделения и отделения судебно медицинской экспертизы.

9.15.1. При соответствующей планировочной изоляции и наличии автономных систем вентиляции патологоанатомическое отделение может быть размещено в лечебном корпусе стационара.

9.15.2. В отделении выделяются зоны: административно-хозяйственная, секционная, лабораторная, инфекционная, ритуальная. В отделении предусматриваются не менее трех входов (доставка трупов, вход персонала и посетителей, выдача тел умерших).

9.15.3. Для обеззараживания воздуха помещения секционных оборудуются бактерицидными облучателями закрытого типа или установками обеззараживания воздуха, обеспечивающими эффективность инактивации по санитарно-показательным микроорганизмам не менее чем на 95% на выходе.

9.15.4. В патологоанатомическом отделении должны быть предусмотрены как минимум две секционные, одна из которых на один секционный стол (в том числе для вскрытия инфицированных трупов), с запасным наружным входом.

9.15.5. Секционные столы должны быть из водонепроницаемого материала с легко очищаемым покрытием (мрамор, мозаичные плиты, оцинкованное железо, нержавеющая сталь), выдерживающим частую обработку дезинфекционными средствами, иметь подводку холодной и горячей воды и сток в канализацию,

закрывающийся сеткой-уловителем. Предусматривается наличие трапа в полу секционной.

9.15.6. Работа с секционным материалом должна проводиться с использованием средств индивидуальной защиты (халат, перчатки, фартуки, очки или щитки). В случаях, не исключаяющих туберкулез, используются средства индивидуальной защиты органов дыхания (респираторы). При подозрении на карантинные инфекции применяются защитные костюмы.

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

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

9.15.10. В случае смерти пациента с имплантированными источниками излучения во время его пребывания в учреждении, где проводилась брахитерапия, при патологоанатомическом исследовании имплантированные источники извлекаются из тела и передаются на пункт захоронения радиоактивных отходов в установленном порядке. Вскрытие тела умершего и извлечение источников осуществляется под радиационным контролем.

9.15.11. В случае смерти пациента с имплантированными источниками излучения вне лечебного учреждения, патологоанатомическое исследование, захоронение и кремация тела разрешается только после того, как общая остаточная активность в нем или мощность дозы уменьшится до уровня, удовлетворяющего требованиям п. 9.2. В случае смерти пациента, произошедшей через 6 месяцев и более после имплантации источников, никаких требований радиационной безопасности при обращении с телом умершего не предъявляется.

#### 9.16. Лабораторные подразделения.

9.16.1. Клинико-диагностические, микробиологические и другие диагностические лаборатории должны размещаться в изолированных непроходных отсеках зданий.

9.16.2. Помещение для забора материала располагают за пределами блока помещений для исследований.

9.16.3. Размещение и состав помещений микробиологической лаборатории (отделения), клинико-диагностической лаборатории, проводящей исследования с ПБА III - IV групп определяется с учетом требований санитарных правил по безопасности работы с микроорганизмами III - IV групп патогенности (опасности) и возбудителей паразитарных болезней. Лаборатории, проводящие исследования с ПБА III - IV групп, должны иметь 2 входа: один - для сотрудников, другой - для доставки материала на исследование; допускается получение материала через передаточное окно. На входной двери микробиологической лаборатории должен быть международный знак "Биологическая опасность".

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

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

9.17. Амбулаторно-поликлинический прием.

9.17.1. В территориальных амбулаторно-поликлинических МО мощностью до 100 посещений в смену (в том числе в офисах врача общей практики), а также в специализированных амбулаторно-поликлинических МО неинфекционного профиля (поликлиники восстановительного лечения, врачебно-физкультурные, психоневрологические, кардиологические, наркологические, эндокринологические, онкологические) допускается наличие общей

вестибюльной группы для детей и взрослых (с выделением туалета для детей), а также совместное использование отделений (кабинетов) лучевой диагностики и отделений восстановительного лечения.

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

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

9.17.4. При организации приема семейного врача и врача общей практики на базе амбулаторно-поликлинической МО используются существующие кабинеты учреждения.

9.17.5. Кабинеты приема врача (фельдшера) без специализированных кресел, аппаратных методов диагностики и лечения, парентеральных вмешательств могут использоваться по временному графику приема врачей различного профиля, утвержденному руководителем МО, при этом не допускается использование по графику кабинетов для приема взрослого и детского населения, кабинетов инфекционного, в т.ч. фтизиатрического, венерологического, микологического профиля.

#### 9.18. Прием косметолога-терапевта

9.18.1. Оказание медицинской помощи по косметологии терапевтической без нарушения целостности кожных покровов, в том числе с применением физиотерапевтических методов лечения проводится в кабинете врача косметолога. В случае применения инъекционных методов лечения предусматривается также процедурный кабинет.

#### 9.19. Фельдшерско-акушерские пункты (ФАПы).

9.19.1. Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, оборудованию и эксплуатации ФАПов изложены в главе VI.

#### 9.20. Здравпункты предприятий и учреждений.



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

#### 9.21. Централизованное стерилизационное отделение (ЦСО)

9.21.1. Помещения ЦСО должны быть разделены на три зоны – грязная, чистая и стерильная. К грязной зоне относятся помещения приема и очистки изделий медицинского назначения, к чистой зоне относятся помещения упаковки, комплектации и загрузки в стерилизаторы. К стерильной зоне относятся: стерильная половина стерилизационной - автоклавной, склад стерильных материалов и экспедиция. Проход персонала в стерильную зону осуществляется через шлюз. Рекомендуется, с учетом мощности ЦСО, использование моечного и стерилизационного оборудования проходного типа.

#### 9.23. Дезинфекционные отделения

9.23.1. Дезинфекционные отделения (далее – дезотделения) предназначены для:

- централизованного приготовления растворов дезинфицирующих средств,
- камерной дезинфекции одежды и белья больных, постельных принадлежностей, мягкого инвентаря,
- дезинфекционной обработки кроватей (для вновь строящихся зданий по заданию на проектирование).

9.23.2. Помещения дезотделения должны быть разделены на две зоны: «грязную», где ведутся работы с инфицированными вещами, и «чистую», где работают с продезинфицированными вещами, и иметь два самостоятельных входа – один для персонала и выдачи обработанных вещей, другой – для приема инфицированных вещей. Дезотделения рекомендуется размещать в нижних этажах, в т.ч. подземных.

9.23.3. Дезинфекционные камеры подлежат бактериологическому контролю после их установки, ремонта, а также в ходе эксплуатации не реже двух раз в год в порядке производственного контроля

9.23.4. Для обработки кроватей и комплектации их чистыми постельными принадлежностями в составе дезотделения предусматриваются станции обработки кроватей. МО Центральные станции обработки кроватей предусматриваются для вновь строящихся стационаров мощностью свыше 300 коек и перинатальных центров мощностью свыше 100 коек. В задачи станции входит прием использованной кровати из отделения, разборка, передача грязного белья в стирку, камерная дезинфекция постельных принадлежностей, дезинфекция самой кровати. Перечисленные операции производятся в грязной зоне отделения. В чистой зоне производится комплектация чистой кровати чистым мягким инвентарем и бельем, временное хранение чистой кровати и передача ее в отделение.

Рекомендуется размещать центральную станцию обработки кроватей в нижних этажах (в т.ч. подземном) палатного корпуса с учетом обеспечения удобных вертикальных связей (с помощью лифтов) с основными потребителями – палатными отделениями.

## **10. Санитарное содержание помещений, оборудования, инвентаря**

10.1. Все помещения, оборудование, медицинский и другой инвентарь должны содержаться в чистоте. Влажная уборка помещений (обработка полов, мебели, оборудования, подоконников, дверей) должна осуществляться не менее 2 раз в сутки, с использованием моющих и/или дезинфицирующих средств, разрешенных к использованию в установленном порядке.

10.2. Администрация МО организует предварительный и периодический (не реже 1 раза в год) инструктаж персонала, осуществляющего уборку помещений по вопросам санитарно-гигиенического режима и технологии уборки, результаты которого фиксируются в журнале.

10.3. Уборка прилегающих территорий и помещений МО, а также профилактическая и текущая дезинфекция могут проводиться профессиональной уборочной компанией (клининговой компанией) или персоналом МО.

Привлечение клининговых компаний не допускается для проведения уборки помещений класса чистоты А, лабораторий, работающих с возбудителями инфекционных заболеваний 1-2 групп патогенности, помещений заразной зоны лабораторий, работающих с возбудителями инфекционных заболеваний 3-4 групп патогенности, помещений МО инфекционного профиля (кроме территории, уборки наружных поверхностей зданий и административных помещений), секционных залов. Уборка, профилактическая и текущая дезинфекция в вышеперечисленных помещениях, а также заключительная дезинфекция проводятся силами медицинского персонала.

10.4. В случае привлечения клининговых компаний в МО необходимо предусматривать отдельные помещения для персонала клининговой компании, для хранения и обработки уборочного инвентаря. Персонал клининговых компаний, осуществляющий уборку в помещениях МО должен быть обучен особенностям проведения уборки в МО, а также соблюдать требования законодательства Российской Федерации.

10.5. В отношении персонала клининговых компаний предъявляются требования к организации профилактических медицинских осмотров, иммунизации, к соблюдению гигиенических и санитарно-эпидемиологических требований к условиям труда, аналогичные установленным для медицинского персонала.

10.6. Для проведения уборки и дезинфекционных мероприятий МО должны регулярно обеспечиваться моющими и дезинфицирующими средствами различного назначения и средствами контроля (в том числе химическими индикаторами). Проведение текущей и заключительной дезинфекции организуется в соответствии с требованиями к проведению дезинфекционных мероприятий в МО, изложенных в главе II настоящих правил.

10.7. Уборочный инвентарь (тележки, mopы, емкости, уборочный материал, швабры) должен иметь маркировку или цветовое кодирование с учетом функционального назначения помещений и видов уборочных работ. Схема цветового кодирования размещается в зоне хранения инвентаря. Стиральные машины для стирки mopов и другого уборочного материала устанавливаются в местах комплектации уборочных тележек. Возможно использование одного держателя mopов для всех видов помещений и поверхности, за исключением санузлов. Для уборки санузлов предусматривается отдельный комплект уборочного инвентаря.

10.8. Швабры (держатели mopов), уборочные тележки, ведра, щеточные изделия, приспособления для мойки стекла и другой инвентарь должны быть выполнены из полимерных материалов, металлов, резины и допускать обработку растворами дезинфицирующих, сильнокислотных и сильнощелочных моющих и дезинфицирующе-моющих средств и, при необходимости, автоклавирование.

Не допускается использование ведер из оцинкованного металла для приготовления растворов кислотных (рН менее 4) моющих и дезинфицирующе-моющих средств.

Щеточные изделия допускается применять только с жестким коротким ворсом для удаления сложных трудноудаляемых загрязнений.

10.9. Текстильные протирочные материалы: mopы, тряпки, салфетки, насадки могут быть выполнены из тканых и нетканых натуральных, искусственных и синтетических волокнистых материалов, допускающих ручную и машинную стирку при температуре 90-100°C. Стиральные машины для стирки mopов, ветоши, салфеток должны устанавливаться в местах комплектации уборочных тележек.

10.10. Запрещается использование одних и тех же текстильных материалов в различных помещениях без их дезинфекции и стирки после использования в одном помещении.

10.11. Хранение инвентаря должно осуществляться в чистом виде в специально выделенном помещении или шкафу вне помещений рабочих

кабинетов. Держатели mopов, швабры и щетки хранятся в горизонтальном положении на специальных подставках или в вертикальном положении, закрепленные в держателях, исключающих касание подошв держателей mopов и швабр поверхности пола. Не допускается хранение уборочного инвентаря для туалетов вместе с уборочным инвентарём для других структурных подразделений.

Текстильные протирочные материалы должны быть выстираны и уложены на стеллажи или развешаны для просушки в санитарных комнатах, помещениях хранения уборочного инвентаря или комплектации уборочных тележек. Сушка протирочных материалов на отопительных приборах не допускается.

10.12. Все работы по ручной уборке помещений следует выполнять с использованием необходимых средств индивидуальной защиты, спецодежды и спецобуви в соответствии с инструкциями по применению конкретных моющих, дезинфицирующих, моюще-дезинфицирующих средств.

10.13. Для проведения механизированной уборки в МО применяют профессиональное оборудование и технику.

Используемое в МО оборудование и техника должна обладать пониженным уровнем шума (максимальные уровни проникающего в палаты, кабинеты врачей звука не должны превышать 50 дБА), легко очищаться и выдерживать обработку растворами дезинфицирующих средств.

Использование пылесосов допускается только в помещениях с коврами и ковровыми изделиями, а также при уборке административно-бытовых и технических помещений.

Использование поломоечных машин допускается в коридорах, переходах и других местах общественного пользования.

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

10.9. Генеральная уборка помещений палатных отделений и других функциональных помещений и кабинетов должна проводиться по графику не

реже 1 раза в месяц, с обработкой стен, полов, оборудования, инвентаря, светильников.

10.10. Генеральная уборка операционного блока, перевязочных, процедурных, манипуляционных, стерилизационных, и других помещений с асептическим режимом проводится один раз в неделю.

10.11. В день проведения генеральной уборки в оперблоке плановые операции не проводятся.

10.12. В акушерских стационарах при наличии одного родильного зала уборку проводят не реже одного раза в три дня, двух родзалов (в боксированном родблоке) - поочередно в каждом из них с применением дезинфицирующего средства.

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

10.14. Для проведения генеральной уборки персонал должен иметь специальную одежду и средства индивидуальной защиты (халат, шапочка, маска, резиновые перчатки, резиновый фартук и др.).

10.15. При проведении генеральной уборки дезинфицирующий раствор наносят на стены путем орошения или их протирания на высоту не менее двух метров (в операционных блоках – на всю высоту стен), окна, подоконники, двери, мебель и оборудование. По окончании времени обеззараживания (персонал должен провести смену спецодежды) все поверхности отмывают чистыми тканевыми салфетками, смоченными водопроводной (питьевой) водой (за исключением случаев применения средств, не требующих смывания в соответствии с инструкцией по их применению), а затем проводят обеззараживание воздуха в помещении.

10.16. Обеззараживание воздуха в помещениях с асептическим режимом проводят в соответствии с требованиями главы II настоящих правил.

10.17. Устранение текущих дефектов отделки (ликвидация протечек на потолках и стенах, следов сырости, плесени, заделка трещин, щелей, выбоин,

восстановление отслоившейся облицовочной плитки, дефектов напольных покрытий и других) должно проводиться незамедлительно.

10.18. Грязное белье собирается в закрытую тару (клеенчатые или полиэтиленовые мешки, специально оборудованные и маркированные бельевые тележки или другие аналогичные приспособления) и передается в центральную кладовую для грязного белья. Временное хранение грязного белья в отделениях (не более 12 часов) допускается в помещениях для грязного белья с водостойкой отделкой поверхностей, оборудованных умывальником и устройством для обеззараживания воздуха. Помещение и инвентарь ежедневно моются и дезинфицируются.

10.19. Белье, загрязненное выделениями (нательное и постельное белье полотенца, подкладные пеленки, спецодежда медицинского персонала), по возможности освобождают от выделений, обеззараживают в отделении в специально выделенных емкостях, после чего в мокром виде в клеенчатых мешках отправляют в прачечную больницы, где стирают по технологии обработки инфицированного белья. При отсутствии в отделениях необходимых условий, допускается обеззараживание белья непосредственно в прачечной больницы. По окончании обеззараживания белья в помещении проводят дезинфекцию. Обеззараживание загрязненных выделениями и биологическими жидкостями изделий из текстильных материалов осуществляют в прачечных путем замачивания в растворах дезинфицирующих средств (ДС) перед стиркой или в процессе стирки с использованием разрешенных для этих целей ДС в стиральных машинах проходного типа по программе обработки белья в медицинских учреждениях.

10.20. При стирке белья должны быть обеспечены дезинфекция, должное качество стирки и микробиологическая чистота, при необходимости - стерильность. Микробиологическая чистота белья определяется отсутствием санитарно-показательной микрофлоры (бактерии группы кишечной палочки – БГКП, золотистый стафилококк) в смывах с чистого белья, проводимых в рамках

производственного контроля, по эпидемиологическим показаниям и в ходе контрольных (надзорных) мероприятий.

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

10.22. Процессы, связанные с транспортировкой, погрузкой, разгрузкой белья, должны быть механизированы. Транспортировка чистого белья из прачечной и грязного белья в прачечную должна осуществляться в упакованном виде (в контейнерах) специально выделенным автотранспортом.

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

10.23. После выписки (смерти) больного, а также по мере загрязнения, матрасы, подушки, одеяла, одежда пациента должны подвергаться дезинфекционной камерной обработке.

При использовании для покрытия матрасов чехлов из влагонепроницаемых материалов, их обеззараживают раствором дезинфицирующего средства способом протирания. камерная обработка не требуется.

Дезинфекционной обработке подлежат кровать и тумбочка пациента.

В медицинской организации должен быть обменный фонд постельных принадлежностей, для хранения которого предусматривается специальное помещение.

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



10.24. В строящихся и реконструируемых МО следует предусматривать помещение для обработки кроватей с последующей комплектацией постельными принадлежностями.

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

В случае необходимости проведения ремонта в действующем здании допускается проведение ремонтных работ при обеспечении надежной изоляции функционирующих помещений (в том числе технических) от ремонтируемых.

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

10.27. Урны, установленные для сбора мусора у входов в здания и на территории, должны очищаться от мусора ежедневно и содержаться в чистоте.

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

## **11. Требования к организации питания пациентов**

11.1. Ответственность за организацию питания пациентов возлагается на руководителя МО.

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

11.3. Устройство и содержание помещений пищеблока, оборудование, инвентарь, посуда, условия транспортировки и хранения пищевых продуктов должны соответствовать требованиям технических регламентов и санитарным правилам.

11.4. Состав и планировка помещений пищеблоков МО должны обеспечивать соблюдение гигиенических требований при технологических процессах приготовления блюд в соответствии с требованиями к общественному питанию<sup>1</sup>

11.5. Поточность технологического процесса приготовления блюд должна исключать возможность контакта сырых и готовых к употреблению продуктов, чистой и грязной посуды.

11.6. Пищевые продукты, поступающие на пищеблок, должны соответствовать техническим регламентам и гигиеническим требованиям, предъявляемым к продовольственному сырью и пищевым продуктам и сопровождаться документами, удостоверяющими их происхождение, качество и безопасность, с указанием даты выработки, сроков и условий годности продукции. Для контроля за качеством поступающей продукции проводится органолептическая оценка и делается запись в журнале бракеража продукции.

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

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

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

а) не допускается принимать:

---

- продовольственное сырье и пищевые продукты без документов, подтверждающих их качество и безопасность;

- продовольственное сырье и пищевые продукты с истекшими сроками годности, признаками порчи и загрязнения; подмоченные продукты в мягкой таре (мука, крупа, сахар и другие продукты.);

- крупу, муку, сухофрукты, продукты зараженные амбарными вредителями, а также загрязненными механическими примесями;

- овощи, фрукты, ягоды с наличием плесени и признаками гнили;

- мясо и субпродукты сельскохозяйственных животных без клейма и ветеринарного свидетельства;

- мясо и яйца водоплавающей птицы (утки, гуси);

- непотрошеную птицу;

- кровяные и ливерные колбасы;

- яйца с загрязненной скорлупой, с насечкой "тек", "бой", а также яйца из хозяйств, неблагополучных по сальмонеллезам;

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

б) не используются:

- фляжное, бочковое, непастеризованное молоко, фляжный творог и сметана без тепловой обработки (кипячения); прокисшее молоко "самоквас";

- консервированные продукты домашнего приготовления;

в) не изготавливаются на пищеблоке МО:

- сырковая масса, творог;

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

- яичница-глазунья;

- кремы, кондитерские изделия с кремом;

- изделия во фритюре, паштеты.

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

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

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

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

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

11.13. Для приготовления и хранения готовой пищи следует использовать посуду из нержавеющей стали. Алюминиевую посуду можно использовать только для приготовления и кратковременного (не более 2-х часов) хранения блюд. Не допускается использовать для приготовления и хранения блюд эмалированную посуду.

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

Для членов бракеражной комиссии выделяются отдельные халаты.

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

Отбор суточной пробы проводит медицинский работник (или под его руководством повар) в специально выделенные обеззараженные и промаркированные стеклянные емкости с плотно закрывающимися крышками - отдельно каждое блюдо или кулинарное изделие. Холодные закуски, первые

блюда, гарниры и напитки (третьи блюда) отбирают в количестве не менее 100 г. Порционные вторые блюда, биточки, котлеты, сырники, оладьи, колбаса, бутерброды оставляют поштучно, целиком (в объеме одной порции).

Суточные пробы хранятся не менее 48 часов с момента окончания срока реализации блюд в специально отведенном в холодильнике месте/ холодильнике при температуре +2 - +6°C.

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

11.16. В случае использования привозного питания (услуги кейтеринга), в МО выделяется помещение для приема продукции и снятия пробы; суточная проба отбирается производителем готовых блюд в свою посуду, печатывается и доставляется вместе с готовыми блюдами для хранения в МО в условиях указанных выше.

11.17. Для транспортирования готовой пищи в буфетные отделения МО используют термосы или плотно закрывающуюся посуду. Хлеб можно транспортировать в полиэтиленовых или клеенчатых мешках.

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

11.19. При выдаче блюд в буфетных отделениях температура готовой пищи должна быть: первых - не ниже 75°C, вторых - не ниже 65°C, холодные блюда и напитки - от 7 до 14°C. Срок раздачи готовых блюд не должен превышать 2 часов от момента приготовления.

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

11.21. Для транспортировки пищевых продуктов с баз, магазинов, а также при доставке готовых блюд в отделения должен использоваться специализированный оборудованный автотранспорт.

11.22. При отсутствии в МО централизованного резервного ввода горячего водоснабжения, в моечных помещениях (в том числе в буфетных отделениях) должны быть предусмотрены резервные электроводонагревательные установки с подводкой воды к моечным ваннам.

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

11.24. В буфетных отделениях должно быть предусмотрено два помещения: для раздачи пищи и для мытья посуды. В помещении буфетной предусматривается раковина для мытья рук.

11.25. Обработка посуды может проводиться механизированным или ручным способом. Для ручной обработки посуды предусматривается не менее 2 моечных ванн (секций) с подводкой к ним холодной и горячей воды со смесителем. Моечные ванны присоединяются к канализационной сети с воздушным разрывом от верха приемной воронки. Все приемники стоков внутренней канализации имеют гидравлические затворы (сифоны).

При механизированной мойке используется моечная машина в соответствии с инструкцией по эксплуатации.

11.26. Обработка посуды и столовых приборов проводится в следующей последовательности:

- посуду освобождают от остатков пищи и моют в первой мойке (секции) с обезжиривающими или моющими средствами при температуре воды не ниже 40°C;

- ополаскивают горячей водой во второй мойке при температуре воды не ниже 65°C и просушивают на специальных полках или решетках.

В конце рабочего дня проводится обработка всей столовой посуды и приборов дезинфицирующими средствами в соответствии с инструкциями по их применению.

Чистую столовую посуду хранят в закрытых шкафах или на решетках.

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

11.28. Щетки для мытья посуды и ветошь для протирки столов после окончания работы промывают с обезжиривающими (моющими) средствами в горячей воде при температуре не ниже 45 °С, дезинфицируют (после химической дезинфекции промывают проточной водой), просушивают и хранят в специально выделенном месте.

Не допускается использование губок из поролона или подобных пористых материалов.

11.29. Влажная уборка помещений пищеблока проводится по мере необходимости, с применением ДС – не реже 1 раза в день. В помещениях буфетных влажную уборку производят после каждой раздачи пищи с применением ДС – не реже 1 раза в день. Уборочный инвентарь маркируется по видам работ и помещений, после использования промывается, обеззараживается, просушивается, хранится в специальном помещении или шкафах.

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

11.31. Раздачу пищи больным производят буфетчицы и дежурные медицинские сестры отделения. Раздача пищи должна производиться в халатах с маркировкой "Для раздачи пищи". Не допускается к раздаче пищи младший обслуживающий персонал.

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

11.33. Ежедневно дежурная медицинская сестра отделения проверяет соблюдение правил и сроков годности (хранения) пищевых продуктов, хранящихся в холодильниках отделения. При обнаружении в холодильниках отделения пищевых продуктов с истекшим сроком годности хранящихся без упаковок с указанием фамилии больного, а также имеющих признаки порчи, они должны изыматься в пищевые отходы. О правилах хранения личных пищевых продуктов пациент должен быть информирован при поступлении в отделение.

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

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

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

Помещения моечных оборудуются моечными ваннами и посудомоечными машинами.



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

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

11.37. Производственный контроль с применением лабораторно-инструментальных методов исследования осуществляется не реже 2-х раз в год и включает контроль качества поступающего сырья, готовой пищи, качества текущей дезинфекции в соответствии с требованиями действующих санитарных правил.

11.38. При привлечении сторонних организаций для обеспечения питания пациентов и персонала МО должно быть обеспечено выполнение норм и режима лечебного питания, требований санитарных правил к организациям общественного питания и настоящих санитарных правил.

## **12. Требования к правилам личной гигиены пациентов**

12.1. При поступлении в стационар пациенты осматриваются на педикулез с отметкой в истории болезни, при необходимости, проходят санитарную обработку в приемном отделении, включающую: принятие душа или ванны, стрижку ногтей и другие процедуры, в зависимости от результатов осмотра. После санитарной обработки больному выдается комплект чистого нательного белья, пижаму/халат, тапочки. Личная одежда и обувь оставляется в специальной упаковке с вешалками (полиэтиленовые мешки, чехлы из плотной ткани) в помещении для хранения вещей пациентов или передается его родственникам (знакомым). В стационарах (отделениях), где предусмотрены прогулки для пациентов, хранение верхней одежды может осуществляться в специальных помещениях/шкафах непосредственно в отделениях, в том числе в палатах. Допускается нахождение больных в стационарах в домашней одежде.

Личная одежда больных инфекционными заболеваниями должна подвергаться камерной дезинфекции в случаях, предусмотренных нормативными документами.

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

12.3. Гигиеническая обработка больных (при отсутствии медицинских противопоказаний) должна осуществляться не реже 1 раза в 7 дней с отметкой в истории болезни; в детских отделениях и отделениях психиатрического и психосоматического профиля одновременно проводится осмотр на педикулез. Гигиенический уход за тяжелобольными (умывание, протирание кожи лица, частей тела, полоскание полости рта и т.д.) проводится утром, а также после приема пищи и при загрязнении тела. Для тяжелобольных предусматривается специальное оборудование для гигиенической обработки.

Периодически должны быть организованы стрижка и бритье больных.

12.4. Смена белья пациентам должна проводиться по мере загрязнения, регулярно, но не реже 1 раза в 7 дней. Загрязненное белье подлежит немедленной замене. Смену постельного белья родильницам следует проводить 1 раз в 3 дня, нательного белья и полотенец - ежедневно, подкладных пеленок – не менее 4-5 раз в сутки и по необходимости. Допускается использование прокладок фабричного изготовления.

Перед возвращением пациента в палату после операции производится обязательная смена белья. Смена белья пациентам после операций должна проводиться систематически (по мере загрязнения) до прекращения выделений из ран.

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

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

12.7. Кожные покровы пациентов подлежат обеззараживанию перед медицинскими манипуляциями (обработка операционного и инъекционного полей, локтевых сгибов доноров, санитарная обработка кожных покровов).

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

12.7.2. Волосяной покров перед операцией удаляется только в тех случаях, если он мешает её проведению. Удаление волосяного покрова проводится непосредственно перед операцией с использованием депиляторов (кремы, гели) и других методов, не травмирующих кожные покровы.

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

12.7.4. Обработку операционного поля проводят путем протирания до полного увлажнения стерильными марлевыми салфетками, смоченными спиртосодержащим кожным антисептиком в соответствии с рекомендациями по его применению.

12.7.5. 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.

12.7.6. Для ограничения операционного поля применяют стерильные простыни, полотенца, салфетки. Может также использоваться специальная

хирургическая пленка с антимикробным покрытием, через которую делают разрез кожи.

12.7.7. Обработка инъекционного поля предусматривает обеззараживание кожи с помощью спиртосодержащего антисептика в месте инъекций (подкожных, внутримышечных, внутривенных) и взятия крови. Обработку инъекционного поля проводят последовательно, двукратно, стерильной салфеткой, смоченной спиртосодержащим кожным антисептиком или способом орошения антисептиком (аэрозольным методом). Время обеззараживания должно соответствовать рекомендациям по применению конкретного антисептика. Место инъекции закрывается стерильным сухим шариком (салфеткой).

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

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

### **13. Гигиенические требования к организации труда и профилактика инфекционных заболеваний среди медицинского персонала**

13.1 Персонал МО должен проходить предварительные медицинские осмотры (обследования) при поступлении на работу (далее - предварительные осмотры) и периодические медицинские осмотры (1 раз в год) в соответствии с действующим законодательством.

13.1.1. Результаты периодических осмотров, лечения, сведения о профилактических прививках заносятся в медицинскую карту амбулаторного больного, личную медицинскую книжку (в случаях предусмотренных законодательством), и доводятся до сведения лица, ответственного за организацию и проведение мероприятий по профилактике ИСМП.

13.1.2. Обязательному медицинскому освидетельствованию при поступлении на работу и при периодических медицинских осмотрах (1 раз в год) с целью выявления ВИЧ-инфекции подлежат:

- медицинские работники (врачи, средний и младший медицинский персонал) центров по профилактике и борьбе со СПИДом, специализированных отделений и структурных подразделений, занятых непосредственным обследованием, диагностикой, лечением, обслуживанием, а также проведением судебно-медицинской экспертизы и другой работы с лицами, инфицированными вирусом иммунодефицита человека, имеющие с ними непосредственный контакт;

- научные работники, специалисты, служащие и рабочие научно-исследовательских учреждений, производств по изготовлению медицинских иммунобиологических препаратов и других организаций, работа которых связана с материалами, содержащими вирус иммунодефицита человека;

- медицинские работники в стационарах (отделениях) хирургического профиля;

- персонал лабораторий, осуществляющий обследование населения на ВИЧ-инфекцию и исследование крови и биологических материалов, полученных от лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека.

13.1.3. При приеме на работу и далее 1 раз в год (дополнительно - по клиническим и эпидемиологическим показаниям) подлежит обязательному обследованию на вирусные гепатиты В и С медицинский персонал организаций, осуществляющих заготовку, переработку, хранение и обеспечение безопасности донорской крови и её компонентов, отделений гемодиализа, пересадки почки, сердечно-сосудистой и легочной хирургии, гематологии, хирургических, урологических, акушерско-гинекологических, офтальмологических, отоларингологических, анестезиологических, реаниматологических, стоматологических, инфекционных, гастроэнтерологических стационаров, отделений и кабинетов поликлиник, диспансеров (в том числе процедурных, прививочных), клиничко-диагностических лабораторий, персонал станций и отделений скорой помощи, перинатальных центров, центров медицины катастроф, ФАПов, здравпунктов.

13.1.4. Обследование медицинского персонала родильных домов (отделений), перинатальных центров, отделений патологии новорожденных,

недоношенных, детских больниц (отделений), хирургических стационаров (отделений), на носительство золотистого стафилококка и других условно-патогенных микроорганизмов проводят только по эпидемиологическим показаниям.

13.2. Не допускаются к работе медицинские работники:

- с активными формами туберкулеза,
- персонал детских и акушерских МО, имеющий большие остаточные явления после перенесенного туберкулеза легких,
- персонал МО, обслуживающих детей и подростков, переболевший туберкулезом до констатации клинического излечения,
- персонал, участвующий в непосредственной работе с пациентами в МО, обслуживающих взрослое население, до завершения эффективной интенсивной фазы химиотерапии туберкулеза.

Решение о допуске к профессиональной деятельности переболевших туберкулезом принимает врачебная комиссия МО.

13.3. К работе с пациентами не допускается медицинский персонал с лихорадкой, острыми воспалительными и гнойными процессами или обострением хронических гнойно-воспалительных заболеваний.

13.4. Профилактическая иммунизация персонала МО проводится в соответствии с национальным и региональным календарями профилактических прививок, а также календарем прививок по эпидемиологическим показаниям.

13.5. Плановой вакцинации против гепатита В подлежат все работники медицинских организаций. Ревакцинации против вирусного гепатита В каждые 5 лет подлежат медицинские работники, получившие полный курс вакцинации, путем введения одной бустерной дозы препарата согласно инструкции по его применению.

13.6. Ревакцинация медицинского персонала против дифтерии и столбняка проводится каждые 10 лет, независимо от возраста.

13.7. В плановом порядке иммунизации МО против кори подлежат работники медицинских организаций не болевшие корью и не привитые против этой

инфекции или привитые однократно (в соответствии с национальным календарем профилактических прививок). По эпидемиологическим показаниям (при контакте с больным) экстренная иммунопрофилактика проводится независимо от возраста.

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

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

13.10. При использовании компьютерной техники должны соблюдаться требования действующих санитарных правил.

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

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

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

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

13.15. Медицинский персонал должен быть обеспечен комплектами сменной одежды: халатами, шапочками, сменной обувью в соответствии с табелем оснащения, но не менее 3 комплектов спецодежды на одного работающего.

В оперблоках и родовых залах врачи и другие лица, участвующие в операции или приеме родов, должны работать в стерильных халатах, перчатках и масках.

В перевязочных, отделениях новорожденных, ожоговых отделениях, отделениях хирургической реанимации маски используют при проведении инвазивных манипуляций.

Использование масок обязательно во всех отделениях в период эпидемиологического неблагополучия. Маски используются при непрерывном применении не более 3-х часов, повторное использование масок без стирки и дезинфекции не допускается.

13.16. Стирка спецодежды персонала должна осуществляться централизованно и отдельно от белья больных.

13.17. Смена спецодежды в подразделениях хирургического и акушерского профиля осуществляется ежедневно и по мере загрязнения; в учреждениях терапевтического профиля - 2 раза в неделю и по мере загрязнения. Сменная обувь персонала, работающего в помещениях с асептическим режимом должна быть из нетканого материала, доступного для дезинфекции.

13.18. В подразделениях хирургического и акушерского профиля сменная одежда и обувь должны быть предусмотрены также и для медицинского персонала других подразделений, оказывающего консультативную и другую помощь, а также для инженерно-технических работников.

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



13.20.1. Шкафы в гардеробных должны быть двухсекционными, обеспечивающими раздельное хранение домашней и рабочей одежды.

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

13.22. В МО по заданию на проектирование, в зависимости от мощности МО предусматриваются столовые, буфетные или комнаты приема пищи для пациентов и персонала.

13.24. На рабочем месте запрещено принимать пищу.

13.25. Нахождение в медицинской одежде и обуви за пределами МО не допускается.

13.26. В целях профилактики ИСМП руки медицинских работников подлежат обеззараживанию. В зависимости от выполняемой медицинской манипуляции и требуемого уровня снижения микробной контаминации кожи рук медицинский персонал осуществляет обработку рук по одному из способов – гигиенической обработки рук или обработки рук хирургов (а также других лиц, участвующих в выполнении оперативных вмешательств). Для удаления загрязнений и сопутствующего снижения микробной контаминации рук осуществляют гигиеническое мытье рук мылом (в том числе с антимикробными свойствами) и водой.

Для обработки рук используются средства, разрешенные для применения в установленном порядке.

13.27. Администрация медицинской организации организует обучение, разрабатывает и активно внедряет систему приверженности гигиене рук медицинских работников и пациентов.

13.28. Для достижения эффективного мытья и обеззараживания рук необходимо соблюдать следующие условия: коротко подстриженные ногти, отсутствие лака на ногтях, отсутствие искусственных ногтей, отсутствие на руках

колец, перстней и других ювелирных украшений. Перед обработкой рук хирургов необходимо снять также часы, браслеты и пр. Для высушивания рук применяют чистые тканевые полотенца или бумажные салфетки однократного использования, при обработке рук хирургов – стерильные тканевые.

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

13.30. Гигиеническая обработка рук.

13.30.1. Гигиеническую обработку рук следует проводить в следующих случаях:

- перед непосредственным контактом с пациентом;
- после контакта с неповрежденной кожей пациента (например, при измерении пульса или артериального давления);
- после контакта с секретами или экскретами организма, слизистыми оболочками, повязками;
- после лечения пациентов с гнойными воспалительными процессами;
- перед выполнением различных манипуляций по уходу за пациентом;
- после каждого контакта с загрязненными поверхностями и оборудованием;
- после контакта с медицинским оборудованием и другими объектами, находящимися в непосредственной близости от пациента;
- перед надеванием медицинских перчаток и после их снятия.

13.30.2. Гигиеническая обработка рук проводится спиртосодержащим или другим, разрешенным к применению кожным антисептиком (без предварительного мытья рук). Гигиеническая обработка обеспечивает снижение количества микроорганизмов до безопасного уровня. Для нанесения на кожу рук антисептика используют дозаторы (диспенсеры).

13.30.3. Гигиеническую обработку рук проводят способом втирания антисептика в кожу кистей рук (готовое к применению средство, раствор, гель) в количестве, рекомендуемом инструкцией по применению, обращая особое внимание на обработку кончиков пальцев, кожи вокруг ногтей, между пальцами.

Непременным условием эффективного обеззараживания рук является поддержание их во влажном состоянии в течение рекомендуемого времени обработки.

13.31. Гигиеническое мытье рук осуществляет при наличии на руках загрязнений. Для гигиенического мытья рук применяют жидкое мыло (в том числе с антимикробными свойствами), которое наносят на руки с помощью дозатора (диспенсера). При гигиеническом мытье рук обращают особое внимание на обработку кончиков пальцев, кожи вокруг ногтей, между пальцами. Вытирают руки индивидуальным полотенцем (салфеткой) одноразового использования.

13.32. При использовании дозатора новую порцию антисептика (или мыла) наливают в дозатор (локтевой или на фотоэлементах) после его дезинфекции, промывания водой и высушивания. Запрещается доливать средство в дозатор. Эпидемиологически обосновано использование антисептика в одноразовых упаковках.

13.33. В целях профилактики гемоконтактных инфекций перед любыми парентеральными манипуляциями у пациента (контакт со слизистыми оболочками, поврежденной кожей, с кровью или другими биологическими субстратами, потенциально или явно контаминированными микроорганизмами), необходимо надевать перчатки. После снятия перчаток проводят гигиеническую обработку рук.

13.34. Использование перчаток.

13.34. 1. Перчатки необходимо надевать во всех случаях, когда возможен контакт с кровью или другими биологическими субстратами, потенциально или явно контаминированными микроорганизмами, слизистыми оболочками, поврежденной кожей. Перчатки надевают только после полного высыхания

антисептика на коже рук. При наличии на руках микротравм, царапин, ссадин место повреждения заклеивается лейкопластырем.

После снятия перчаток проводят гигиеническую обработку рук.

13.34. 2. Не допускается использование одной и той же пары перчаток при контакте (для ухода) с двумя и более пациентами, при переходе от одного пациента к другому или от контаминированного микроорганизмами участка тела - к чистому.

13.34.3. При загрязнении перчаток выделениями, кровью и т.п., во избежание загрязнения рук, тампоном (салфеткой), смоченным раствором дезинфицирующего средства (или антисептика), удаляют видимые загрязнения, затем снимают перчатки. Использованные перчатки дезинфицируют и удаляют как медицинские отходы класса Б. Руки дважды обрабатывают антисептиком.

13.34.4. При наличии риска инфицирования гемоконтактными инфекциями во время вмешательств с высоким риском нарушения целостности перчаток следует использовать двойные перчатки, в том числе с индикатором нарушения целостности перчатки.

13.34.5. При выполнении ряда манипуляций при приеме родов (ручное отделение последа и др.) применяют перчатки с удлиненной манжетой.

13.34.6. При выполнении ортопедических вмешательств следует использовать двойные перчатки или перчатки повышенной плотности.

13.34.7. При оперативных вмешательствах с высоким риском пореза, в т.ч. на костях (травматология, хирургия) используют специальные перчатки.

13.34.8. При выполнении микрохирургических манипуляций следует использовать перчатки с высоким коэффициентом сцепления с поверхностью либо микротекстурированные перчатки.

13.34. 9. При интраоперационной внутрисполостной химиотерапии, работе с костным цементом и другими химически агрессивными веществами следует использовать хирургические перчатки с максимальной барьерной химической защитой, в том числе из синтетических эластомеров.

13.35. С целью снижения риска послеоперационных осложнений у пациентов (спаек, гранулем, келоидных рубцов и т.д.) и контактного дерматита у медицинского персонала следует при всех видах оперативных вмешательств использовать неопудренные перчатки.

13.36. Обработка рук хирургов.

13.36. 1. Обработку рук хирургов проводят все участвующие в проведении оперативных вмешательств, родов, катетеризации магистральных сосудов. Обработка проводится в два этапа:

I этап - мытье рук мылом и водой, а затем высушивание стерильным полотенцем (салфеткой);

II этап - обработка антисептиком кистей рук, запястий и предплечий способом втирания в кожу (до его полного высыхания).

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

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

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

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

работников индивидуальными емкостями (флаконами) небольших объемов (100-200 мл) с кожным антисептиком.

13.39. При загрязнении кожи и слизистых работника кровью или другими биологическими жидкостями, а также при уколах и порезах проводятся следующие мероприятия:

13.39.1. При загрязнении кожи рук выделениями, кровью и т.п. необходимо вымыть руки мылом и водой; тщательно высушить руки одноразовым полотенцем; дважды обработать спиртосодержащим антисептиком или 70% спиртом.

13.39.2. Руки в загрязненных перчатках обработать салфеткой, смоченной дезинфектантом, снять перчатки, руки вымыть и дважды обработать спиртосодержащим антисептиком или 70% спиртом. Использованные перчатки дезинфицируют и удаляют как медицинские отходы класса Б.

13.39. 3. При уколах и порезах перчатки обработать салфеткой, смоченной дезинфектантом, снять перчатки, руки вымыть и дважды обработать 70% спиртом, обработать ранку 5% спиртовой настойкой йода, заклеить поврежденные места лейкопластырем.

13.39. 4. При попадании биологической жидкости пациента на слизистые ротоглотки немедленно рот и горло промыть большим количеством воды и прополоскать 70% раствором этилового спирта.

13.39. 5. При попадании биологических жидкостей на слизистую оболочку носа и глаза - обильно промыть их водой (не тереть).

13.40. При попадании крови и других биологических жидкостей пациента на халат, одежду: снять рабочую одежду и погрузить в дезинфицирующий раствор или в клеенчатом мешке направить для стирки с дезинфекцией в больничную прачечную.

13.41. В случае возможного инфицирования медицинского персонала ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами В и С, в возможно короткие сроки после контакта проводится обследование на ВИЧ и вирусные гепатиты В и С лица, которое может являться потенциальным источником заражения, и медицинского

работника, получившего травму.

По показаниям проводится экстренная профилактика гепатита В, назначение и прием антиретровирусных препаратов в целях постконтактной профилактики заражения ВИЧ в соответствии с действующими нормативными документами.

13.42. В МО 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). При получении травм, в том числе микротравм (уколы, порезы), опасных в плане инфицирования, ответственный за профилактику парентеральных инфекций в МО организует регистрацию в журнале учета травм и составляет акт в соответствии с законодательством Российской Федерации.

#### **14. Общие требования к организации профилактических и противоэпидемических мероприятий**

14.1. Случаи инфекции, связанные с оказанием любых видов медицинской помощи (в медицинских стационарных и амбулаторно-поликлинических, образовательных, санаторно-оздоровительных учреждениях, учреждениях социальной защиты населения, при оказании скорой медицинской помощи, помощи на дому и др.), а также случаи инфицирования медицинских работников в результате их профессиональной деятельности и подлежит учету и регистрации как инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи (ИСМП).

14.2. В целях предупреждения возникновения и распространения ИСМП в МО должны своевременно и в полном объеме проводиться предусмотренные данными санитарными правилами и иными актами Российской Федерации профилактические и санитарно-противоэпидемические мероприятия.

14.3. Ответственным за организацию и контроль выполнения комплекса профилактических и санитарно-противоэпидемических мероприятий по профилактике и борьбе с ИСМП в МО является руководитель МО.

14.4. В целях профилактики возникновения и распространения ИСМП разрабатываются план профилактических и противоэпидемических мероприятий и план производственного контроля, которые утверждаются руководителем организации. План должен включать разделы по профилактике отдельных инфекционных заболеваний (в том числе гнойно-воспалительных), а также комплекс первичных противоэпидемических мероприятий на случай выявления больного инфекционным заболеванием.

14.5. Организацию противоэпидемических и профилактических мероприятий по профилактике ИСМП осуществляет заместитель руководителя МО по санитарно-эпидемиологическим вопросам или врач-эпидемиолог. В случае их отсутствия вопросы организации противоэпидемических и профилактических мероприятий возлагаются на одного из заместителей руководителя МО.

14.6. Проведение профилактических и противоэпидемических мероприятий осуществляется медицинским персоналом под руководством, лица, ответственного за работу по профилактике ИСМП (руководитель организации, заместитель руководителя по санитарно-эпидемиологическим вопросам/заместитель руководителя по лечебной работе/врач-эпидемиолог/).

14.7. С целью контроля за ИСМП в МО приказом по учреждению создается комиссия по профилактике ИСМП. В своей деятельности комиссия руководствуется положением, разработанным и утверждённым для конкретного учреждения. В состав комиссии входят: председатель – заместитель руководителя МО по санитарно-эпидемиологическим вопросам/заместитель руководителя по лечебной работе/врач-эпидемиолог, заместители руководителя МО по профильным направлениям, главная медицинская сестра, заведующие профильными отделениями, заведующий микробиологической лабораторией (врач-бактериолог), клинический фармаколог/заведующий аптекой, врач-инфекционист, патологоанатом, другие специалисты. Заседания комиссии проводятся не реже одного раза в квартал.

14.8. Основными задачами комиссии являются: эпидемиологический анализ, разработка и организация профилактических и противоэпидемических



мероприятий, оценка их эффективности, координация мероприятий с руководством и всеми службами МО, а также взаимодействие с органами, уполномоченными осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

14.9. Заместитель руководителя МО по санитарно-эпидемиологическим вопросам/заместитель руководителя по лечебной работе/врач-эпидемиолог, заведующие отделениями, старшая медицинская сестра проводят вводный и периодический инструктаж по соблюдению санитарно-противоэпидемического режима для медицинских работников с последующей сдачей зачетов.

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

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

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

14.12. Дети, поступающие на стационарное лечение должны иметь сведения об отсутствии контактов с инфекционными больными в течение 21 дня до госпитализации и справку о профилактических прививках.

14.13. Для пациентов, госпитализированных по экстренным показаниям, аналогичные обследования проводятся в условиях стационара.

14.14. Разрешается посещение пациентов родственниками, знакомыми. Порядок посещения медицинской организации и ее подразделений, в том числе палатных отделений, устанавливается администрацией.

## **15. Требования к организации эпидемиологического надзора за инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи**

15.1. Эпидемиологический надзор за ИСМП – система непрерывного слежения за эпидемическим процессом и его детерминантами для осуществления эпидемиологической диагностики с целью принятия обоснованных управленческих решений по предупреждению возникновения и распространения ИСМП.

15.2. Учету и регистрации подлежат ИСМП в соответствии с международной статистической классификацией болезней, травм и состояний, влияющих на здоровье, 10-го пересмотра, согласно перечню предусмотренному формой федерального государственного статистического наблюдения №2 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях» и приложением 12 настоящих правил. Другие инфекционные болезни (острые кишечные инфекции, воздушно-капельные инфекции, грипп, внутрибольничные пневмонии и др.) учитываются как ИСМП в случае внутрибольничного заражения.

15.3. Специалист, выявивший заболевание ИСМП, формулирует диагноз в соответствии с МКБ-10, регистрирует в журнале учета инфекционных заболеваний и доводит информацию до заместителя руководителя МО по санитарно-эпидемиологическим вопросам/заместителя руководителя по лечебной работе/врача-эпидемиолога в целях своевременной организации и проведения противоэпидемических или профилактических мероприятий.

15.4. Информация о каждом случае ИСМП передается в органы, уполномоченные осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический контроль (надзор) в установленном порядке.

15.5. В случае выявления ИСМП после выписки или перевода пациента в другой стационар, МО, выявившая ИСМП, должна передавать информацию в органы, уполномоченные осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, которые, в течение 12 часов передают информацию о зарегистрированных ИСМП в МО по месту предполагаемого инфицирования.

15.6. Групповыми заболеваниями следует считать появление 5 и более случаев внутрибольничных заболеваний, связанных одним источником инфекции и общими факторами передачи.

15.7. О возникновении групповых заболеваний МО сообщает в органы, уполномоченные осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор в соответствии с установленным порядком представления внеочередных донесений о чрезвычайных ситуациях санитарно-эпидемиологического характера.

15.8. Эпидемиологический надзор за ИСМП в МО предусматривает:

- обеспечение активного выявления, учета и регистрации ИСМП у пациентов на основе клинических, лабораторных, эпидемиологических и патолого-анатомических данных;

- проведение оперативного и ретроспективного анализа заболеваемости, летальности, включающих, анализ по клиническим формам, возрастной структуре, отделениям, причинам возникновения ИСМП, факторам лечебного процесса (операции, роды, катетеризация, ИВЛ и др.), характеру инфицирования (эндогенный и экзогенный);

- выявление причин, групп и факторов, способствующих возникновению и распространению ИСМП у отдельных категорий пациентов в различных типах учреждений здравоохранения;

- эпидемиологический анализ заболеваемости ИСМП медицинского персонала с выявлением ведущих причин и факторов, способствующих возникновению и распространению ИСМП;

- оценку эпидемиологической безопасности лечебно-диагностического процесса (данные о хирургических и других инвазивных манипуляциях, родах);

- оценку стратегии и контроль использования антибиотиков в различных отделениях и типах организаций здравоохранения;

- осуществление микробиологического мониторинга за возбудителями ИСМП с видовой идентификацией (типирование) возбудителей ИСМП, выделенных от пациентов, персонала, из объектов внешней среды, определение

спектра устойчивости выделенных штаммов к антибиотикам, антисептикам, дезинфектантам и другим средствам) с целью разработки рациональной стратегии и тактики их применения;

- эпидемиологическую и гигиеническую оценку больничной среды, условий пребывания в учреждении здравоохранения пациентов и медицинских работников;

- оценку эффективности проводимых профилактических и противоэпидемических мероприятий;

- прогнозирование эпидемической ситуации.

15.9. Заместитель руководителя МО по санитарно-эпидемиологическим вопросам/заместитель руководителя по лечебной работе/врач-эпидемиолог совместно с заведующими отделениями в рамках эпидемиологического надзора:

- совместно с заведующим структурным подразделением проводит активное выявление ИСМП и других инфекционных заболеваний и их ежедневный учет;

- организует проведение микробиологического мониторинга;

- организует сбор ежедневной информации из всех функциональных подразделений (отделений):

- о случаях ИСМП и других инфекционных заболеваний среди пациентов, медицинского персонала;

- о результатах микробиологических исследований материала от пациентов и персонала;

- о результатах санитарно-бактериологических исследований внешней среды;

- о нарушениях санитарно-эпидемиологического режима;

- расследует причины возникновения ИСМП и информирует руководство для принятия неотложных мер;

- разрабатывает и организует профилактические и противоэпидемические меры на основе результатов эпидемиологической диагностики;

- контролирует выполнение профилактических и противоэпидемических мероприятий, включая дезинфекционные и стерилизационные.

## **16. Требования к микробиологическому обеспечению эпидемиологического надзора.**

16.1. Санитарно-бактериологические исследования внутрибольничной среды проводят по эпидемиологическим показаниям, а также в соответствии с планом производственного контроля, утвержденным руководителем организации по каждому отделению, с кратностью, предусмотренной санитарными правилами, но не реже 1 раз в 6 месяцев. Объем санитарно-бактериологических исследований определяется эпидемиологической необходимостью. Приоритетным следует считать контроль качества обработки рук медицинского персонала, контроль стерильности инструментов, инъекционных растворов, перевязочного и шовного материала.

16.2. Микробиологический мониторинг осуществляется микробиологическими лабораториями МО, при их отсутствии – по договорам с аккредитованными организациями.

16.3. В рамках микробиологического мониторинга приоритетными являются исследования по клиническим показаниям, направленные на расшифровку этиологии ИСМП и определение тактики лечения. Микробиологическому исследованию в первую очередь подлежат материалы из патологических локусов.

16.4. Для выявления госпитальных штаммов проводится тестирование выделенных штаммов от больных и из внешней среды на чувствительность/резистентность к антимикробным средствам, антибиотикам, антисептикам, дезинфектантам и другим антимикробным средствам, определение активнодействующих веществ в рабочих растворах дезинфекционных средств

16.5. Объектами исследования при проведении санитарно-бактериологического контроля являются:

- воздушная среда;

- предметы внутрибольничной среды, рабочие поверхности, медицинское оборудование в том числе для наркоза, для экстракорпорального кровообращения, кюветы для новорожденных;
- изделия медицинского назначения (медицинские инструменты, перевязочный и шовный материал и другие) на стерильность;
- лекарственные формы;
- грудное молоко, детские питательные смеси, растворы для питья новорожденных, средства для ежедневного туалета новорожденных;
- руки персонала, кожа операционного поля, кожа и слизистые новорожденных;
- оборудование для стерилизации;
- дезинфекционные камеры;
- химические средства для дезинфекции;
- белье;
- рабочие поверхности и оборудование пищеблока (буфетных), посуда.

16.6. Взятие проб с поверхностей различных объектов осуществляют методом смывов (не менее 5 смывов в одном помещении), проб воздуха - аспирационным методом.

16.7. В плановом порядке исследования проводятся на санитарно-показательную микрофлору - стафилококки, бактерии группы кишечной палочки. По эпидемиологическим показаниям перечень и объем исследований определяется в соответствии с конкретной эпидемиологической обстановкой и предполагаемым этиологическим агентом.

16.8. Изделия медицинского назначения, подлежащие контролю на стерильность, направляют в микробиологическую лабораторию в упаковке, в которой проводилась стерилизация и доставляют в лабораторию с соблюдением требований к срокам и условиям транспортировки проб для санитарно-бактериологических исследований.

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

16.10. Микробиологическая лаборатория представляет лечащему врачу и заместителю руководителя МО по санитарно-эпидемиологическим вопросам/заместителю руководителя по лечебной работе/врачу-эпидемиологу информацию о:

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

## **17. Требования к проведению противоэпидемических мероприятий**

17.1. При выявлении случаев инфекционных заболеваний в МО заместитель руководителя по санитарно-эпидемиологическим вопросам/заместитель руководителя по лечебной работе/врач-эпидемиолог с участием специалистов профильных отделений МО проводит комплексное эпидемиологическое расследование, направленное на выяснение причин сложившегося неблагополучия, и организует проведение первичных противоэпидемических мероприятий в соответствии с планом, разработанным для каждой группы инфекций.

17.2. При подозрении или выявлении у пациента, находящего на стационарном лечении, инфекционного заболевания он подлежит изоляции до решения вопроса о его переводе в инфекционное отделение (инфекционный стационар).

17.3. При выявлении инфекционных заболеваний, вызванными патогенными микроорганизмами в стационарах неинфекционного профиля больные подлежат переводу в инфекционное отделение (инфекционный стационар).

17.4. При возникновении послеоперационных осложнений пациента переводят в отделение гнойной хирургии. При отсутствии отделения гнойной хирургии пациент должен быть изолирован в отдельную палату.

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

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

- предметы ухода, а также стетоскоп, термометр и др. используются только для данного пациента;

- перевязка пациента проводится в палате;

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

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

- после дезинфекции проводится лабораторное обследование объектов окружающей среды (в палате). Заполнение палаты проводится после получения удовлетворительных результатов микробиологического исследования.

17.6. В родовспомогательных учреждениях в случае возникновения групповых заболеваний гнойно-воспалительных заболеваний среди новорожденных и родильниц (5 и более случаев в пределах 7 дней) прекращается прием беременных и рожениц, решается вопрос о закрытии акушерского стационара (отделения) по эпидемическим показаниям. Экстренно разворачивается



резервное помещение для приема рожениц и беременных. Определяется стационар для госпитализации заболевших новорожденных с максимальными условиями для их изоляции, организации круглосуточной реанимационной помощи и интенсивной терапии.

17.7. По результатам эпидемиологического расследования делается заключение о причинах группового заболевания, типе эпидемического процесса, источниках инфекции, ведущих путях и факторах передачи возбудителей инфекции, обусловивших возникновение заболеваний. С учетом этого заключения разрабатывается и реализуется комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий по локализации и ликвидации групповых внутрибольничных заболеваний, включающих назначение средств специфической и неспецифической профилактики.

## **II. Организация дезинфекционных и стерилизационных мероприятий в медицинских организациях**

### **1. Требования к организации дезинфекционных мероприятий**

1.1. В целях профилактики ИСМП в МО осуществляются дезинфекционные и стерилизационные мероприятия, которые включают в себя работы по профилактической и очаговой дезинфекции, дезинсекции, дератизации, обеззараживанию, предстерилизационной очистке и стерилизации изделий медицинского назначения.

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

1.3 Дезинфекции подлежат объекты, которые могут быть факторами передачи ИСМП: медицинские изделия медицинское оборудование, 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.

1.4. Для проведения дезинфекционных и стерилизационных мероприятий МО должны регулярно и в достаточном объеме обеспечиваться моющими и дезинфицирующими средствами различного назначения, кожными антисептиками, средствами для стерилизации медицинских изделий стерилизационными упаковочными материалами и средствами контроля (в том числе экспресс-индикаторами), необходимым дезинфекционным и стерилизационным оборудованием и аппаратурой.

1.5. Для проведения профилактической и текущей дезинфекции в присутствии пациентов применяются малоопасные (IV класса опасности) дезинфекционные средства.

При использовании дезинфектантов в присутствии пациентов (профилактическая и текущая дезинфекция) запрещается обеззараживание поверхностей растворами дезинфицирующих средств способом орошения, а также применение способом протирания дезинфицирующих средств, обладающих раздражающим действием, сенсibiliзирующими свойствами.

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

- для дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации медицинских изделий, а также для их предварительной очистки (при использовании средств, обладающих фиксирующими свойствами);
- для дезинфекции поверхностей в помещениях, мебели, аппаратов, приборов и оборудования, санитарно-технического оборудования, предметов ухода за больными;
- для обеззараживания уборочного материала, отходов классов Б и В.

Емкости с рабочими растворами дезинфекционных средств должны быть снабжены плотно прилегающими крышками, иметь четкие надписи с указанием

средства, его концентрации, назначения, даты приготовления, предельного срока годности раствора.

1.7. Профилактическая дезинфекция осуществляется в трех формах: плановой, по эпидемиологическим и по санитарно-гигиеническим показаниям.

1.7.1. Плановая профилактическая дезинфекция проводится в МО систематически (при отсутствии ИСМП) с целью снижения микробной обсемененности объектов внутрибольничной среды и предупреждения возможности накопления микроорганизмов; предупреждения распространения микроорганизмов через медицинские изделия, руки медицинского персонала и кожные покровы пациентов, поверхности в помещениях, приборы, оборудование, предметы ухода за больными, воздух и др.; освобождения помещений МО и окружающей территории от членистоногих и грызунов.

1.7.2. Для профилактической дезинфекции при обработке поверхностей в помещениях применяют растворы средств на основе четвертичных аммониевых соединений в концентрациях по действующему веществу (ДВ) 0,02% и выше; на основе полимерных производных гуанидина – 0,05% и выше; на основе третичных алкиламинов – 0,01% и выше. Растворы средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты используют в концентрациях (по ДВ) 0,015% и выше, растворы средств на основе перекиси водорода – 3,0% и выше.

1.7.3. При проведении профилактической дезинфекции поверхностей 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 распылителей) или способом протирания растворами дезинфицирующих средств, или готовыми к применению дезинфицирующими салфетками.

1.7.4. Предметы ухода за пациентами (подкладные клеенки, фартуки, чехлы матрасов из полимерной пленки и клеенки) дезинфицируют способом протирания тканевой салфеткой, смоченной раствором дезинфицирующего средства; 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 дезинфицирующего средства с последующим промыванием водой. Этим же способом обеззараживают медицинские термометры. Для обработки предметов ухода за пациентами возможно использование моюще-дезинфицирующих установок, разрешенных для применения в установленном порядке.

1.7.5. Профилактическая дезинфекция по эпидемиологическим показаниям проводится с целью предотвращения распространения возбудителей ИСМП и их переносчиков в отделениях (палатах) из соседних отделений (палат).

Она осуществляется с учетом эпидемиологических особенностей конкретной внутрибольничной инфекции (инкубационный период, устойчивость и длительность выживания возбудителя на объектах, имеющих наибольшее эпидемиологическое значение) и режимов применения средств обеззараживания (дезинфекции, при необходимости – дезинсекции, дератизации).

1.7.6. В медицинских организациях в целях профилактики распространения госпитальных клонов (штаммов) микроорганизмов, локализации и ликвидации эпидемических очагов инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, возможно использование биологического метода дезинфекции с использованием бактериофагов. Дезинфекция биологическим методом с использованием бактериофагов целесообразна в эпидемиологически значимых специализированных отделениях медицинских организаций (отделения интенсивной терапии и реанимации, ожоговые, хирургические и др.), применение химических дезинфицирующих средств в которых нередко ограничено невозможностью регулярного освобождения помещений от больных, насыщенностью этих отделений большим количеством сложных медицинских аппаратов и систем слежения за жизненно важными функциями пациентов.

1.7.7. Для дезинфекции биологическим методом применяют препараты лечебно-профилактических бактериофагов, которые содержат комплексы поликлональных вирулентных (строго литических) бактериальных вирусов, вызывающих гибель гомологичных видов бактерий. Для дезинфекции используются только жидкие препараты лечебно-профилактических бактериофагов, зарегистрированные в установленном порядке на территории Российской Федерации.

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

1.7.9. Генеральная уборка осуществляется с целью удаления загрязнений и снижения микробной обсемененности в помещениях организаций. Проведение генеральной уборки фиксируется в журнале произвольной формы.

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

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.

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.

При генеральной уборке проводится мытье, очистка и обеззараживание поверхностей помещений (в том числе труднодоступных), дверей, мебели,

оборудования (в том числе осветительных приборов), аппаратуры с использованием моющих и дезинфицирующих средств и последующим обеззараживанием воздуха.

Рекомендуется проводить генеральную уборку при работающих рециркуляционных установках обеззараживания воздуха.

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

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

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

1.8.2. Очаговая дезинфекция осуществляется в формах текущей и заключительной очаговой дезинфекции.

1.9. Текущая очаговая дезинфекция объектов внутрибольничной среды в окружении больного проводится с момента выявления у больного внутрибольничной инфекции и до выписки (или перевода в другое отделение/стационар).

1.9.1. В ходе текущей очаговой дезинфекции проводится систематическое обеззараживание потенциально контаминированных выделений больного и всех объектов внутрибольничной среды, с которыми больной имел контакт: медицинские изделия, предметы ухода, посуда, белье, поверхности в помещениях, в том числе мебели и оборудования, обеззараживание медицинских отходов класса Б и В, при необходимости - дезинсекция и дератизация.

1.9.2. При текущей очаговой дезинфекции проводится гигиеническая обработка рук медицинского персонала, полная или частичная обработка кожных покровов пациентов.

1.9.3. Текущие уборки в помещениях проводят по режимам, обеспечивающим гибель бактериальной микрофлоры; при появлении в стационаре инфекционных заболеваний или ИСМП - 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.

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

1.10.1. В ходе заключительной очаговой дезинфекции обеззараживаются поверхности в помещениях, в которых находился пациент, места общего пользования, поверхности оборудования и приборов, медицинские изделия, предметы ухода за больным, медицинские отходы.

1.10.2. 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.

1.10.3. При проведении заключительной дезинфекции следует применять средства с широким спектром антимикробного действия. Обработку поверхностей осуществляют способом протирания или орошения с помощью гидропульта и других распыливающих устройств (установок). Норма расхода дезинфицирующих средства составляет в среднем от 100 до 300 мл на 1 м<sup>2</sup>. При использовании аэрозольного метода нормы расхода определяются инструкцией по применению средства.

1.10.4. В дезинфекционных камерах обеззараживаются постельные принадлежности (матрасы, подушки, одеяла), по показаниям - нательное белье и вещи больного, выдаваемые ему перед выпиской. При наличии на матрасах и подушках чехлов из влагонепроницаемых материалов, их обеззараживают раствором дезинфицирующего средства способом протирания. Допускается дезинфицировать обувь из резины и пластика погружением в разрешенные для этого растворы дезинфицирующих средств.

1.10.5. По показаниям проводится полная или частичная санитарная обработка кожных покровов больных перед выпиской. Обеззараживается санитарный транспорт, перевозивший больного.

1.10.6. При необходимости проводится дезинсекция и дератизация.

В МО не допускается наличие грызунов и членистоногих, имеющих санитарно-гигиеническое и эпидемиологическое значение.

1.11. Воздух в помещениях 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 (включая импульсные установки), применяемых в отсутствие людей, закрытых облучателей, в том числе рециркуляторов, позволяющих проводить обеззараживание воздуха в присутствии людей. Необходимое число облучателей для каждого помещения определяется расчетным путем с учетом объема помещения, типа и производительности установки. Экспозиция облучения рассчитывается согласно действующим нормам и регистрируется в журнале учета работы облучателя. Суммарный срок эксплуатации не должен превышать указанный в паспорте производителя. При использовании бактерицидных облучателей открытого или комбинированного типа выключатели должны быть выведены за пределы помещений;
- 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;
- воздействие постоянных электрических полей, позволяющих проводить обеззараживание воздуха в присутствии людей;
- применение бактериальных фильтров, в том числе электрофильтров, как встроенных в систему вентиляции, так и в виде специальных установок.

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

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

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

1.14. В МО должен быть не менее чем месячный запас дезинфицирующих средств различного химического состава и назначения в соответствии с расчетной потребностью.

1.15. Хранение дезинфекционных средств допускается только в специально отведенных местах, отвечающих установленным требованиям, в оригинальной упаковке изготовителя отдельно от лекарственных препаратов, в местах, недоступных детям. Не допускается использование дезинфицирующих средств с истекшим сроком годности.

## **2. Требования к проведению дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации медицинских изделий**

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

2.2. Изделия однократного применения после использования при манипуляциях у пациентов подлежат обеззараживанию/обезвреживанию.

2.3. При выборе дезинфекционных средств необходимо учитывать рекомендации изготовителей медицинских изделий, касающиеся воздействия конкретных средств на материалы этих изделий.

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

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

2.6. Для дезинфекции медицинских изделий 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, при этом средства

должны быть тестированы на *Mycobacterium terrae*, в микологических стационарах (кабинетах) – по режимам, эффективным в отношении грибов рода Трихофитон.

2.7. Съемные детали аппаратов наркозно-дыхательной аппаратуры дезинфицируют так же, как медицинские изделия из соответствующих материалов. Обеззараживание наркозно-дыхательных аппаратов проводят с учетом рекомендаций, изложенных в руководстве по эксплуатации аппарата конкретной модели.

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

Для заполнения резервуаров увлажнителей следует использовать стерильную дистиллированную воду.

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

2.9. При проведении дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации растворами химических средств медицинские изделия погружают в рабочий раствор средства (или готовое к применению средство) (далее – «раствор») с заполнением каналов и полостей. Разъемные изделия погружают в разобранном виде, инструменты с замковыми частями замачивают раскрытыми, сделав этими инструментами в растворе несколько рабочих движений.

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

2.11. Дезинфекцию способом протирания допускается применять для тех медицинских изделий, которые не соприкасаются непосредственно с пациентом

или конструкционные особенности которых не позволяют применять способ погружения.

2.12. После дезинфекции медицинские изделия многократного применения должны быть отмыты от остатков средства в соответствии с рекомендациями, изложенными в инструкции по его применению.

2.13. Предстерилизационную очистку изделий осуществляют путем мытья в растворе моющего/моющее-дезинфицирующего средства 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) способами.

Предстерилизационную очистку изделий проводят в ЦСО, при его отсутствии, этот этап обработки осуществляют по месту проведения манипуляций.

2.14. Качество предстерилизационной очистки изделий оценивают путем постановки проб, разрешенных к применению в установленном порядке, 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.

2.15. Контроль качества предстерилизационной очистки проводят ежедневно. Контролю подлежат: в централизованном стерилизационном отделении (далее ЦСО) – 1% от каждого наименования изделий, обработанных за смену; при децентрализованной обработке – 1% одновременно обработанных изделий каждого наименования, но не менее трех единиц. Результаты контроля регистрируют в журнале.

2.16. Стерилизации подвергают все медицинские изделия, контактирующие с раневой поверхностью, кровью (в организме пациента или вводимой в него)

и/или инъекционными препаратами, а также отдельные виды медицинских инструментов, которые в процессе эксплуатации соприкасаются со слизистой оболочкой и могут вызвать ее повреждение.

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

#### 2.17. Запрещается:

- повторное использование изделий однократного применения;
- после срока годности, указанного производителем;
- предварительный набор лекарственных препаратов в шприц до прихода пациента в кабинет.

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

Стерилизацию изделий проводят в ЦСО, при их отсутствии - в отделениях МО.

2.19 Паровым методом стерилизуют общие хирургические и специальные инструменты, детали приборов, аппаратов из коррозионностойких металлов, стекла, бельё, перевязочный материал, изделия из резин, латекса и отдельных видов пластмасс.

2.20. Воздушным методом стерилизуют хирургические, гинекологические, стоматологические инструменты, детали приборов и аппаратов, в том числе изготовленные из коррозионно-нестойких металлов, изделия из силиконовой резины. Перед стерилизацией воздушным методом изделия (после предстерилизационной очистки) обязательно высушивают в сушильном шкафу

при температуре 85°C до исчезновения видимой влаги. Использование сушильных шкафов (типа ШСС) для стерилизации воздушным методом запрещается.

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

2.21.1. Для химической стерилизации применяют растворы альдегидсодержащих, кислородактивных и некоторых хлорсодержащих средств, проявляющих спороцидное действие. Не применяют средства на основе катионных поверхностно-активных веществ (ЧАС, гуанидины, третичные амины), фенолов и спиртов, которые не обладают спороцидным действием.

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

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

2.21.3. 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. Простерилизованные гибкие эндоскопы хранят в специальных шкафах.

2.22. Газовым методом стерилизуют изделия из различных, в том числе термолабильных материалов, используя в качестве стерилизующих средств окись этилена, формальдегид и другие, разрешенные к применению в установленном порядке, средства. Перед стерилизацией газовым методом, после

предстерилизационной очистки, с изделий удаляют видимую влагу. Стерилизацию осуществляют в соответствии с режимами применения средств для стерилизации конкретных групп изделий, а также согласно инструкциям по эксплуатации стерилизаторов, зарегистрированных и разрешенных к применению на территории Российской Федерации.

Не допускается использование для стерилизации эндоскопической техники пароформалиновых камер и озонных стерилизаторов.

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

2.24. В стоматологических МО (кабинетах) допускается применять гласперленовые стерилизаторы, в которых стерилизуют боры различного вида и другие мелкие инструменты при полном погружении их в среду нагретых стеклянных шариков. Запрещается использовать данный метод для стерилизации рабочих частей более крупных стоматологических инструментов, которые невозможно полностью погрузить в среду нагретых стеклянных шариков.

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

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

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

методе, кроме того, используют стерилизационные коробки с фильтрами. Сроки хранения определяются видом упаковочного материала, согласно инструкции по его применению, и указываются на упаковке.

2.28. Запрещается использовать деформированные стерилизационные коробки, с поломанными замками, прогоревшими фильтрами.

2.29. Хирургическое белье, перевязочный материал необходимо укладывать в стерилизационные коробки (далее-коробки) рыхло, свободно, параллельно движению пара (на ребро), перпендикулярно крышке коробки; плотность заполнения коробки - 2/3 объема. Инструменты должны комплектоваться на определенный вид манипуляции. Недопустимо вкладывать внутрь коробки изделия больших размеров (лотки, свернутая клеенка).

2.30. Большие коробки необходимо укладывать к задней стенке парового стерилизатора (автоклава). Стерилизационные коробки с ватой следует ставить на расстоянии не менее 15 см от дверцы автоклава, вдали от крана подачи пара. Выдачу простерилизованных коробок следует проводить только после их полного остывания. К коробкам прикрепляется бирка с указанием даты и времени стерилизации.

2.31. Для доставки в отделения стерильные изделия в упаковках необходимо помещать в транспортную тару (закрытые контейнеры, мешки), предотвращающие загрязнение и механическое повреждение при транспортировке.

Многоразовые контейнеры перед использованием необходимо дезинфицировать.

2.32. Стерильные упаковки необходимо хранить на полках в закрывающихся шкафах, избегая попадания прямых солнечных лучей. Не допускается хранение стерильных упаковок и стерилизационных коробок со стерильными изделиями на подоконниках, во влажных местах, рядом с раковинами.



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

- стерилизации изделий растворами химических средств;
- при стерилизации металлических инструментов термическими методами (инфракрасный, воздушный, паровой), в том числе в портативных стерилизаторах.

Все изделия, простерилизованные в неупакованном виде, целесообразно сразу использовать по назначению, перенос их из кабинета в кабинет запрещается. Не допускается хранение неупакованных простерилизованных изделий в воздушном стерилизаторе и их использование на следующий день после стерилизации.

2.34. 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 бактерицидными облучателями) камерах в течение срока, указанного в руководстве по эксплуатации оборудования, а в случае отсутствия таких камер – на стерильном столе не более 6 часов.

2.35. Медицинские изделия, простерилизованные в стерилизационных коробках, допускается использовать там, где их открывают один раз (операционные, перевязочные), в остальных случаях необходимо использовать одноразовые упаковочные материалы. На ярлыках стерилизационных коробок необходимо отмечать дату и время вскрытия.

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

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

2.38. Не допускается использование простерилизованных медицинских изделий с истекшим сроком хранения после стерилизации.

2.39. В МО должен использоваться шовный материал, выпускаемый в стерильном виде в упаковке производителя.

Категорически запрещается 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

2.40. Флаконы с парентеральными растворами перед использованием визуально проверяют на мутность, наличие частиц, трещин и срок годности. Перед введением иглы во флакон резиновые пробки обтирают 70%-м раствором спирта. На этикетках многодозовых флаконов указывается дата и время вскрытия, содержимое таких флаконов используется не более 6 часов в момента вскрытия.

2.41. Учет стерилизации медицинских изделий ведут в журнале по учетной статистической форме.

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

2.42.1. Контроль работы стерилизаторов проводят в соответствии с действующими документами:

- физическим (с использованием контрольно-измерительных приборов);
- химическим (с использованием химических индикаторов);

- бактериологическим (с использованием биологических индикаторов) методами.

2.42.2. Параметры режимов стерилизации контролируют физическим и химическим методами.

2.42.3. Контроль стерильности изделий медицинского назначения оценивают на основании результатов бактериологических исследований. Кратность контроля стерильности изделий медицинского назначения – не реже 1 раза в месяц.

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

2.43. Техническое обслуживание, гарантийный и текущий ремонт стерилизаторов осуществляют специалисты сервисных служб.

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

### **III. Профилактика инфекций, связанных с оказанием хирургической медицинской помощи**

#### **1. Инфекции, связанные с оказанием хирургической медицинской помощи**

1.1. К случаям инфекций, связанных с оказанием хирургической медицинской помощи относят гнойно-воспалительные заболевания, возникающие в течение 30 дней после оперативного вмешательства, а при наличии имплантата в месте операции – в течение года и более.

1.2. При хирургических вмешательствах 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 асептической пункцией области поверхностного разреза или в мазке 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 в течение одного года и более при наличии имплантата в месте операции и вовлекает глубокие мягкие ткани (например, фасциальный и мышечный слой) в области разреза; у пациента имеется 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 асептической пункцией области глубокого разреза или в мазке 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).

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

- чистые раны (неинфицированные операционные раны без признаков воспаления) - в результате плановых оперативных вмешательствах на органах, не обладающих собственной микрофлорой;
- условно чистые раны (операционные раны, проникающие в дыхательные пути, пищеварительный тракт, половые или мочевыводящие пути при отсутствии необычного заражения) - в результате плановых операций на органах, обладающих собственной микрофлорой;
- загрязненные (контаминированные) раны – раны при экстренных операциях, загрязненные в результате травмы с нарушением кожных покровов и слизистых оболочек (в том числе с нарушением целостности желудочно-

кишечного тракта и других органов, обладающих собственной микрофлорой), операционные раны со значительным нарушением техники стерильности;

- грязные (инфицированные) раны (операционные раны, в которых микроорганизмы, вызвавшие послеоперационную инфекцию, присутствовали в операционном поле до начала операции) - в результате операций по поводу гнойных процессов.

## **2. Эпидемиологический анализ заболеваемости ИСМП в хирургических стационарах (отделениях)**

2.1. Для проведения эпидемиологического анализа о каждом выявленном пациенте с инфекцией, связанной с оказанием хирургической медицинской помощи, собирается следующая информация:

- дата рождения;
- отделение;
- дата поступления;
- перенесенную(ые) операцию(ии) ;
- дата(ы) операции(ий) ;
- время начала и окончания операции(ий) ;
- хирургическая бригада;
- номер операционной;
- номер палаты;
- дата заболевания;
- дату регистрации (выявления) ИСМП;
- тип операции, степень контаминации раны;
- оценка тяжести состояния пациента;
- данные микробиологических исследований от пациента;
- данные микробиологического мониторинга по отделению (господствующая микрофлора, резистентность к антимикробным препаратам);
- диагноз в соответствии с МКБ-10;

- наличие инфекции иной локализации.

2.2. С целью корректного расчета показателей заболеваемости необходимо использовать информацию о количестве проведенных операций и других манипуляций за определенный промежуток времени (месяц, квартал, год) у всех пациентов, вне зависимости от наличия или отсутствия ИСМП в послеоперационном периоде.

2.3. Возникновение или подозрение на ИСМП у пациента является показанием к проведению клинических микробиологических исследований.

2.4. Взятие материала следует проводить непосредственно из патологического очага (по возможности до начала антибактериальной терапии), а также во время операции по поводу гнойных процессов.

2.5. Взятие и транспортировку клинического материала на микробиологические исследования осуществляют в соответствии с техникой сбора и транспортирования биоматериалов в микробиологические лаборатории.

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

2.7. К клиническому образцу должно быть приложено направление, содержащее следующие 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.

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

2.9. Необходимо обращать особое внимание на метициллин (оксациллин) резистентные стафилококки, ванкомицинрезистентные энтерококки, микроорганизмы с множественной лекарственной устойчивостью для проведения

целенаправленных лечебных, профилактических и противоэпидемических мероприятий.

2.10. Оперативный (текущий) и ретроспективный эпидемиологический анализ предусматривает изучение заболеваемости ИСМП по локализации патологического процесса, этиологии и срокам развития ИСМП.

2.11. Оперативный анализ заболеваемости ИСМП проводят на основании данных ежедневного учета по первичным диагнозам.

2.12. 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.

2.13. Оперативный анализ заболеваемости ИСМП 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 операционной раны по степени контаминации (класса раны);
- оценки тяжести состояния пациента.
- результатов клинических микробиологических исследований

пациента

- данных микробиологического мониторинга по отделению.

2.14. Ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости ИСМП 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 по видам 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 ИСМП;
- анализ летальности (по локализации патологического процесса и этиологии), уровень летальности и удельный вес умерших от ИСМП.

2.15. Ретроспективный анализ заболеваемости ИСМП 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).

2.16. Для корректного сравнения показателей частоты послеоперационных инфекционных заболеваний их расчет проводится с учетом основных факторов риска: типа операции, длительности операции, тяжести состояния пациента.

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

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

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

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

2.18. Ретроспективный анализ заболеваемости медицинского персонала позволяет определить круг источников инфекции и провести мероприятия,

направленные на ограничение их роли при заносе в МО и распространении ИСМП.

### **3. Особенности мероприятий по профилактике ИСМП в хирургических стационарах (отделениях)**

3.1. Перед проведением плановых операций необходимо:

- на догоспитальном уровне обеспечить выявление и санацию очагов имеющейся у пациента хронической инфекции, а также провести коррекцию клинических показателей;

- максимально сокращать сроки пребывания пациента в стационаре (отделении) в предоперационный период;

- при госпитализации на оперативные вмешательства не повторять исследования, проведенные на догоспитальном уровне, так как каждый лишний день пребывания в стационаре увеличивает риск присоединения ИСМП.

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

3.3. Состав и площадь помещений палатных отделения хирургического профиля определяется в зависимости от числа и профиля коек.

3.4. В отделениях с двумя палатными секциями процедурные и перевязочные предусматриваются в каждой секции.

3.5. Очередность перевязок планируется с учетом чистоты раны. Перевязки пациентам, имеющим гнойное отделяемое, проводят в септической перевязочной, при ее отсутствии, в асептической перевязочной после перевязок пациентов, не имеющих гнойного отделяемого или непосредственно в однокоечной палате. Осмотр пациентов проводят в перчатках и фартуках, в том числе одноразовых.

3.6. Пациенты с инфекцией любой локализации, независимо от срока ее возникновения, вызванной метициллин (оксациллин) - резистентным золотистым стафилококком или ванкомицинрезистентным энтерококком, неферментирующими бактериями-продуцентами металлобеталактамаз подлежат

изоляции в боксированные палаты. При работе с данной категорией больных персонал должен соблюдать следующие правила:

- при входе в палату персонал надевает маску, спецодежду, перчатки и снимает их при выходе;
- предметы ухода, а также стетоскоп, термометр и др. используются только для данного пациента;
- перевязка пациента проводится в палате;
- при входе и выходе из палаты персонал обрабатывает руки спиртосодержащим кожным антисептиком;
- после выписки пациента проводится заключительная дезинфекция, камерное обеззараживание постельных принадлежностей, обеззараживание воздуха;
- после дезинфекции проводится лабораторное обследование объектов окружающей среды (в палате). Заполнение палаты проводится после получения удовлетворительных результатов микробиологического исследования.

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

3.8. Персонал проводит гигиеническую обработку рук, обработку рук хирургов, кожи операционного, инъекционного поля в порядке, изложенном в главе I настоящих правил.

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

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

3.10. 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.

3.11. Пациентов с хирургической гнойно-септической инфекцией изолируют в отделение гнойной хирургии, а при его отсутствии – в отдельную палату.

3.12. Для предупреждения послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений рекомендуется проведение периоперационной антибиотикопрофилактики. При выборе антибиотиков с целью антибиотикопрофилактики следует отдавать предпочтение препаратам, активным в отношении ожидаемых (наиболее вероятных) при определенных операциях возбудителей инфекционных осложнений.

3.13. Антибиотики для профилактики гнойно-воспалительных послеоперационных осложнений следует вводить до (в крайнем случае во время) операции, с учетом периода полувыведения препарата (для большинства препаратов, рекомендуемых для профилактики ИСМП, – не ранее 2 час до операции, оптимально – за 15—20 мин до разреза). Целесообразно вводить антибиотик одновременно с началом анестезии.

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.

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

3.15. При выявлении случая инфекции, связанного с оказанием хирургической медицинской помощи выбор антибиотика для лечения, осуществляют с учетом данных микробиологического мониторинга микробного пейзажа отделения (учитывается чувствительность господствующей микрофлоры отделения).

3.16. Антибиотиколечение пациенту не проводят антибиотиками, используемыми для профилактики и не предотвратившими осложнение.

#### **4. Особенности профилактики ИСМП в операционных блоках и перевязочных**

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

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

4.2. В операционных блоках предусматривается строгое зонирование внутренних помещений на стерильную зону (операционные), зону строгого режима (предоперационные, помещение подготовки больного - наркозная, экстренная стерилизационная, помещения хранения стерильных материалов и другие вспомогательные помещения, для которых соблюдается режим санитарного пропускника для входа персонала), зону общепольничного режима (шлюз, помещения для сбора, дезинфекции, временного хранения отходов классов «А» и «Б», использованного белья, а также технические помещения). В

шлюзе персонал отделения, сопровождающий пациента, перекладывает его с каталки отделения на каталку операционного блока. Далее персонал операционного блока перевозит пациента в операционную.

Зона общебольничного режима (после шлюза) отделяется от остальных помещений операционного блока "красной чертой".

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

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

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

4.6. В операционных предусматриваются автоматически закрывающиеся двери (доводчики, фотоэлементы, прочее). Все двери операционной должны оставаться закрытыми за исключением тех случаев, когда есть необходимость перемещения оборудования, персонала или больного. Лечебно-диагностическое оборудование в операционных по возможности должно крепиться на консолях. Число персонала, которому разрешено входить в операционную, особенно после начала операции, должно быть сведено к минимуму. По заданию на проектирование для обучения студентов должна быть предусмотрена трансляция операций в другое помещение.

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

4.8. Для своевременного и адекватного лечения пациентов в послеоперационном периоде, производится взятие материала на

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

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

4.10. 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.

4.11. 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.

4.12. Перед подготовкой стерильных столов операционная сестра обрабатывает руки спиртосодержащим кожным антисептиком по технологии обработки рук хирургов, надевает стерильные халат и перчатки.

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

4.14. 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.

4.15. 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.

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

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

4.18. 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. Съемные детали аппаратов дезинфицируют так же, как изделия медицинского назначения из соответствующих материалов.

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

4.20. Члены операционной бригады перед входом в зону строгого режима 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.

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

4.22. При нарушении целостности перчаток во время операции их необходимо немедленно заменить и провести мероприятия по экстренной профилактике гепатита В и ВИЧ-инфекции в соответствии с требованиями главы I.

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

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

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

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

4.25. Стерильный перевязочный стол используется не более 6 часов. При наличии индивидуальных стерильных наборов стерильный стол может не накрываться, при этом в составе набора предусматривается стерильная салфетка.

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

4.27. В перевязочной медицинская сестра и врач должны работать в халате (при необходимости – и в фартуке), перчатках, шапочке, маске. Предпочтительны халаты однократного применения.

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

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

4.29. Все предметы со стерильного перевязочного стола берутся стерильным корнцангом (пинцетом), который используется однократно.

4.30. По окончании перевязки отработанный материал, использованные перчатки, одноразовые халаты сбрасывают в емкость для сбора отходов класса «Б».

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 ИСМП в отделениях (палатах) реанимации и интенсивной терапии**

5.1. Состав и площадь помещений отделений реанимации и интенсивной терапии определяется в зависимости от числа и профиля коек структурных подразделений МО.

5.2. В составе отделений реанимации и интенсивной терапии должен предусматриваться изолятор (боксовая палата).

5.3. 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).

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

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

5.6. 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.

5.7. 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.

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

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

5.8.2. Место ввода катетера обрабатывают кожным антисептиком до постановки катетера. После того как кожа была очищена кожным антисептиком, место постановки катетера не пальпируют. Для закрытия места ввода катетера используют специальные стерильные повязки. В истории болезни записывают место и дату постановки катетера и дату его удаления.

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

5.8.4. 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.

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

5.9. Перед каждым доступом в систему персонал обрабатывает руки и место доступа кожным спиртовым антисептиком. Для введения растворов через катетер используют только стерильные одноразовые шприцы.

5.10. Назначение катетеризации мочевого пузыря должно производиться только по строгим клиническим показаниям. Удаление катетеров должно проводиться в максимально короткие сроки.

5.10.1. Следует использовать только одноразовые стерильные катетеры.

5.10.2. Перед постановкой катетера тщательно обрабатывают антисептиком периуретральную область.

5.10.3. Катетеризацию проводят в стерильных перчатках.

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

5.10.5. Для сбора мочи следует применять закрытые дренажные системы. При отсутствии закрытых дренажных систем применяется прерывистая катетеризация.

5.10.6. 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.

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

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

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

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

5.11.1. Следует обеспечивать постоянное удаление секрета из надманжеточного пространства.

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

5.11.3. При загрязнении респираторными секретами пациента, следует сменить халат при переходе к другому пациенту.

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

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

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

Для санации дыхательных путей у ослабленных, иммунокомпрометированных пациентов, а также у новорожденных и грудных детей в послеоперационном периоде предпочтение следует отдавать закрытым системам для аспирации секретов дыхательных путей.

Повторное использование систем для аспирации секретов дыхательных путей, в том числе у одного и того же пациента категорически запрещается.

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

5.12. 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. Рекомендуется использование дыхательных контуров однократного применения в течение не более 72 часов, если иное не предусмотрено производителем.

5.13. Следует своевременно удалять любой конденсат в контуре.

#### **IV. Профилактика инфекций, связанных с оказанием акушерской медицинской помощи**

##### **1. Особенности размещения акушерских стационаров**

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

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

1.2. В составе акушерского стационара выделяется родильный блок, вход в который предусматривается через санпропускник.

1.3. 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.

1.4. Акушерский стационар (отделение) может иметь послеродовое отделение с совместным и/или отдельным пребыванием матери и ребенка. Соотношение тех и других палат определяется заданием на проектирование.

1.5. Количество коек в палатах совместного пребывания должно быть не более 2 материнских и 2 детских. В послеродовых палатах отдельного пребывания количество коек для родильниц должно быть не более 4 и соответствовать количеству коек в палатах для новорожденных.

1.6. В отделении для новорожденных акушерских стационаров палаты могут группироваться в отсеки не более чем на 20 кроваток с остекленными перегородками между палатами и коридором отделения.

1.7. 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.

1.8. В акушерских стационарах и отделениях, при наличии наблюдательных коек, прием рожениц с подозрением на инфекционное заболевание осуществляется через блок помещений наблюдательного приема с отдельным входом.

Во вновь строящихся и реконструируемых зданиях в составе приемных отделений необходимо предусматривать индивидуальные родовые боксы, при наличии которых, наблюдательное отделение в структуре учреждения может не выделяться. В этом случае следует предусматривать возможность планировочной изоляции части палат для экстренного развертывания наблюдательного отделения.

1.9. Отделения второго этапа выхаживания предусматриваются только в составе перинатальных центров и детских стационаров, при наличии приемно-смотровых боксов и соблюдения принципов изоляции.

1.10. В перинатальном центре должны быть предусмотрены палаты (отделения) для проведения реанимационных мероприятий и интенсивной терапии новорожденным.

## **2. Эпидемиологический анализ и надзор за ИСМП в акушерских стационарах**

2.1. Организация эпидемиологического надзора за ИСМП в родовспомогательных учреждениях и перинатальных центрах осуществляется в соответствии с требованиями, изложенными в главе I.

### **2.2. Выявление и учет внутрибольничных инфекций.**

2.2.1. 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.

2.2.2. Заболевания родильниц инфекциями, вызванные условно патогенными микроорганизмами и связанные с родами (эндометрит, гнойный мастит, сепсис, перитонит и др.), выявленные в период пребывания в акушерском стационаре и/или в течение 30 дней после родов, подлежат учету за акушерским стационаром.



2.2.3. Независимо от внутрибольничного 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.

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

### 2.3. Эпидемиологический анализ заболеваемости.

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

2.3.2. Оперативный (текущий) анализ заболеваемости ИСМП 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 эпидемиологической ситуации, адекватности проводимых мер или необходимости их усиления.

2.3.3. 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.

- результатов исследования последа для прогнозирования развития ИСМП родильниц и новорожденных.

2.3.4. Групповыми заболеваниями следует считать появление 3 и более внутрибольничных заболеваний новорожденных и родильниц (суммарно), возникающих в пределах одного инкубационного периода и связанных одним источником инфекции и общими факторами передачи.

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

2.3.6. 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.

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

2.3.8. Наиболее значимыми источниками инфекции являются больные манифестными формами инфекций, в том числе внутриутробного характера заражения (ВУИ), 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).

#### 2.4. Выявление групп и факторов риска.

2.4.1 Группами риска возникновения ИСМП среди родильниц считаются женщины:

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

2.4.2. К группам риска возникновения ВБИ среди новорожденных относятся:

- недоношенные;
- переношенные;

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

2.4.3. К факторам риска возникновения ИСМП 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. Назначение инвазивных процедур должно быть строго обосновано.

2.5. Определение предпосылок и предвестников эпидемиологического неблагополучия.

2.5.1 Для успешной профилактики ИСМП, 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.

2.5.2 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 её идентичность с изолятами, выделенными из внутрибольничной среды;
- выделение преимущественно одного вида возбудителя;
- появление микробных ассоциаций;
- увеличение количества изолированных культур и числа локусов, из которых они выделяются;
- возникновение двух и более случаев заболеваний, эпидемиологически связанных между собой;
- рост числа воспалительных заболеваний у родильниц, в 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.

2.5.3. К предпосылкам, способствующим росту заболеваемости ИСМП, относятся нижеперечисленные 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 механической 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.

2.5.4. При выявлении предпосылок возникновения эпидемиологического неблагополучия госпитальный эпидемиолог (при отсутствии - заместитель по лечебной работе) оперативно доводит всю информацию до сведения главного врача акушерского стационара и организаций, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор. Принимаются меры по устранению нарушений. Усиливается весь комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий.

2.5.5 При невозможности устранения предпосылок, в том числе при выявлении грубых нарушений противоэпидемического режима ставится вопрос о прекращении работы акушерского стационара.

### **3. Особенности мероприятий по профилактике ИСМП в акушерских стационарах и их подразделениях**

3.1. 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, уполномоченными осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

3.2. При планировке перинатального центра, позволяющей обеспечить поэтажную изоляцию и соблюдение технологических потоков, допускается поэтажное закрытие перинатального центра для плановой дезинфекции с последующим открытием по согласованию с органами, уполномоченными осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

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

3.4. 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.

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

3.6. Родильный дом обязан информировать о выписке роженицы и ребёнка женскую консультацию и детскую поликлинику по фактическому месту проживания для осуществления последующего патронажа.

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

3.8. 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.

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

3.10. 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.

3.11. 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.

3.12. 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 действующими нормативными документами.

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

#### **4. Правила содержания структурных подразделений акушерских стационаров и перинатальных центров**

##### **4.1. Приемно-смотровое отделение.**

4.1.1. 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.

4.1.2. 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.

#### 4.2. Родовой блок.

4.2.1. В родильных домах с преимущественно совместным пребыванием матери и ребёнка, а также во всех вновь строящихся акушерских стационарах предусматривается функционирование индивидуальных родовых залов, в родильных домах с раздельным пребыванием матери и ребёнка, не имеющих индивидуальных родовых залов, соблюдается цикличность заполнения предродовых палат и родовых залов. Допускается устройство родового блока по типу «семейной комнаты».

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

4.2.3. Перед переводом в родовой зал роженицу переодевают в индивидуальный (одноразовый) стерильный комплект (рубашка, косынка, бахилы).

4.2.4. 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.

4.2.5. В индивидуальном родовом зале женщина находится в течение трёх периодов родов: первый период родов, роды и ранний послеродовой период (2 часа).

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

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

4.2.8. Новорожденного принимают в стерильную пеленку. 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% этиловым спиртом.

4.2.9. 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.

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

4.2.11. 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.

4.2.12. После взвешивания и одевания новорожденного весы и пеленальный стол протирают раствором дезинфицирующего средства. Всё 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.

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

4.3.1. 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.

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

4.3.3. Палаты послеродового физиологического отделения с отдельным пребыванием матери и ребенка заполняют циклично, синхронно с палатами детского отделения в течение не более 3 суток.

4.3.4. 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.

#### 4.4. Палаты новорожденных.

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

4.4.2. 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.

4.4.3. Все медицинские изделия многократного использования, в том числе изделия, применяемые для ухода за новорожденными (глазные пипетки, шпатели и др.), подлежат дезинфекции, а затем стерилизации.

4.4.4. При проведении манипуляций используют стерильные ватные тампоны в отдельных упаковках для каждого новорожденного. Вскрытая и неиспользованная упаковка подлежит повторной стерилизации. Для взятия стерильного материала используют стерильные пинцеты (корнцанги), которые меняют после каждого новорожденного. В отделениях для новорожденных должны использоваться одноразовые клизмы.

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

При заборе крови у новорожденных (для клинических исследований) рекомендуется использовать одноразовый инструмент.

Недопустимо применение искусственных способов для ускорения процесса отпадения пуповинного остатка у новорожденных.

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

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

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

4.5.1. 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 отделениях реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН) и отделениях патологии новорожденных и недоношенных (ОПНН) выделяют помещения для сцеживания грудного молока.

4.5.2. Баночки для сбора молока, молокоотсосы, стеклянные воронки, соски для новорожденных, перед стерилизацией тщательно моют с применением моющих средств, разрешенных для мытья посуды, и ополаскивают проточной питьевой водой. Сетки для молочной посуды обеззараживают способом протирания тканевой салфеткой, смоченной раствором дезинфицирующего средства, не содержащего хлорактивных компонентов.

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

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

4.5.5. 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.

4.5.6. 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.

4.5.7. 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.

#### 4.6. Обсервационное отделение.

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

##### 4.6.2. Показания к приему беременных и рожениц:

- лихорадочное состояние (температура тела  $37,6^{\circ}\text{C}$  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).

4.6.3. 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°C и выше (при трехкратном измерении через каждый час);
- лихорадку неясного генеза (температура тела выше 37,6°C), продолжающуюся более 1 суток;
- проявления экстрагенитальных инфекционных заболеваний, не требующих перевода в специализированный стационар (острая респираторная инфекция, ангина, герпес).

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

4.6.5. Переводу и госпитализации в обсервационное 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.

4.6.6. Новорожденные с ИСМП и ВУИ переводятся в детский стационар или перинатальный центр.

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

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

4.6.9. 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.

4.6.10. 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.

При ведении родов у ВИЧ - инфицированных беременных через естественные родовые пути проводится обработка влагалища 0,25% водным раствором хлоргексидина при поступлении на роды (при первом влагалищном исследовании), а при наличии кольпита - при каждом последующем влагалищном исследовании. При безводном промежутке более 4 часов обработку влагалища хлоргексидином проводят каждые 2 часа.

Во время ведения родов у женщины с ВИЧ-инфекцией при живом плоде рекомендуется ограничить проведение процедур, повышающих риск инфицирования плода: родостимуляция; родоусиление; перинео(эпизио)томия;



амниотомия; наложение акушерских щипцов; вакуум-экстракция плода. Выполнение данных манипуляций производится только по жизненным показаниям.

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

4.7.1. ОРИТН и ОПНН предусматриваются самостоятельные наборы помещений, изолированные от родовспомогательных и других отделений.

4.7.2. 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.

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

4.7.4. 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.

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

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

4.7.7. Термометрию проводить электронными термометрами. Осмотр зева новорожденных проводят одноразовым шпателем.

4.7.8. 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.

4.7.9. 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.

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

4.7.11. 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.

4.8. В акушерском стационаре систематически проводятся дезинфекционные мероприятия в соответствии с требованиями главы II настоящих правил, при этом обработка куветов проводится в следующем порядке.

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

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

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

4.8.4. Обработку внутренних поверхностей и приспособлений куветов проводят по типу заключительной дезинфекции в отдельном хорошо проветриваемом помещении, оснащённом ультрафиолетовыми облучателями или другими устройствами обеззараживания воздуха, прошедшими оценку соответствия в установленном порядке. Обеззараживание внутренних поверхностей и приспособлений куветов проводят перед поступлением ребенка.

4.8.5. 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.

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

4.8.7. Дезинфекцию поверхностей куветов проводят способом протирания, различных приспособлений - погружением в растворы дезинфицирующих средств по режимам (концентрация раствора, время дезинфекционной выдержки), рекомендованным для профилактики и борьбы с бактериальными, вирусными и грибковыми инфекциями, выбирая из них наиболее жесткий для данного средства (более высокие концентрации рабочих растворов и более длительное время обеззараживания) с последующим промыванием водой в соответствии с режимами отмыва, рекомендованными для изделий медицинского назначения.

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

4.8.9. По окончании обработки, кувет закрывают крышкой и включают аппарат. Перед тем, как поместить ребенка, увлажняющую систему кувета заливают стерильной дистиллированной водой.

## **V. Санитарно-гигиенические требования к стоматологическим медицинским организациям**

### **1. Особенности размещения медицинских организаций стоматологического профиля**

1.1. 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.

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.

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

1.2. 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.

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

1.4. 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.

1.5. 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.

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

1.7. Внутренняя отделка помещений выполняется в соответствии с требованиями главы I настоящих правил.

## **2. Особенности устройства стоматологических кабинетов**

2.1. В кабинетах с односторонним естественным освещением стоматологические кресла устанавливаются в один ряд вдоль светонесущей стены. Во вновь строящихся МО стоматологического профиля размещение стоматологических кресел в два и более ряда запрещается.

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

2.3. 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. При отсутствии стерилизационной установка стерилизационного оборудования возможна непосредственно в кабинетах.

2.4. Стоматологические кабинеты оборудуются отдельными 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.

2.5. 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.).

2.6. Кабинеты оборудуют бактерицидными облучателями или другими устройствами обеззараживания воздуха. При использовании облучателей открытого типа выключатели должны быть выведены за пределы рабочих помещений.

### **3. Требования к микроклимату, отоплению, вентиляции**

3.1. 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.

3.2. 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).

3.3. 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.

3.4. 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.

3.5. В зуботехнических лабораториях 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 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.

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

#### **4. Требования к естественному и искусственному освещению**

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

4.2. 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.

4.3. 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.

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

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

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

4.7. 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.

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

## **5. Обеспечение радиационной безопасности при размещении и эксплуатации рентгеновских аппаратов и кабинетов в стоматологических медицинских организациях**

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

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

При проведении рентгенологических исследований должен быть обеспечен учёт и регистрация доз облучения пациентов и персонала, которые должны быть



отражены в радиационно-гигиеническом паспорте организации и в формах государственной ежегодной статистической отчетности.

Для проведения рентгенологических исследований должна быть оформлена лицензия на осуществление медицинской деятельности, включающей рентгенологию.

5.1.2. 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.

5.2. Особенности размещения рентгеновских аппаратов в отдельном рентгеновском кабинете.

5.2.1. 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. 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.

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

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

5.2.4. 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).

5.2.5. Персонал рентгеновского кабинета относится к группе «А»<sup>11</sup> и на него распространяются специальные требования, предусмотренные действующими санитарными правилами.

5.3. Особенности размещения рентгеновских аппаратов в стоматологическом кабинете.

5.3.1. 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.

5.3.2. 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.

---

5.3.3. Защита персонала может осуществляться расстоянием, временем, экранами (установка защитной ширмы), применением средств индивидуальной защиты (защитные фартуки, очки и другие).

5.3.4. 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.

5.3.5. 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.

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

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

- лицензии на медицинскую деятельность, включая рентгенологию;
- санитарно-эпидемиологическое заключение о соответствии условий работ с использованием источников ионизирующего излучения (ИИИ)» санитарным правилам;
- заверенная копия свидетельства о государственной регистрации рентгеновского аппарата;
- эксплуатационная документация на рентгеновский аппарат;
- технический паспорт на рентгеновский кабинет;

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

## **6. Санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия**

6.1. 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.

6.2. При оказании стоматологической помощи не допускается использование ртутисодержащих материалов.

6.3. 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 пуговчатый, зонд пародонтологический градуированный, гладилки, шпатель, экскаваторы и др.).

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

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

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

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

6.7. Дезинфекцию поверхностей предметов, находящихся в зоне лечения (столик для инструментов, кнопки управления, клавиатура, воздушный пистолет, светильник, плевательница, подголовник и подлокотники стоматологического кресла) проводят после каждого пациента. Для этих целей используют

дезинфицирующие средства, разрешенные к применению в присутствии пациентов, обладающие широким спектром антимикробного действия.

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

6.9. Дезинфекция, предстерилизационная очистка и стерилизация изделий медицинской техники и медицинского назначения проводятся в соответствии с требованиями главы II настоящих правил с учетом следующих особенностей.

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

6.9.2. 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.

6.9.3. Обеззараживание стоматологических отсасывающих систем проводят после окончания работы, для чего через систему прокачивают раствор дезинфицирующего средства, рекомендованного для этих целей; заполненную раствором систему оставляют на время, указанное в инструкции по применению средства. После окончания дезинфекционной выдержки раствор из системы сливают и промывают ее проточной водой.

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

6.9.5. 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.

6.9.6. 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.

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

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

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

### **1. Гигиенические требования к размещению и территории**

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

1.2. 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.

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

## **2. Гигиенические требования к зданиям, сооружениям и помещениям**

2.1. Состав и площади основных и вспомогательных помещений зависят от численности обслуживаемого населения и определяться заданием на проектирование (Приложение 2).

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

2.3. Внутренняя отделка помещений ФАП выполняется в соответствии с требованиями главы I.

2.4. Здания ФАПов, амбулаторий оборудуются естественной вентиляцией (форточки, откидные фрамуги, оборудованные системой фиксации).

2.5. Естественная и искусственная освещенность помещений ФАП, амбулаторий должна соответствовать требованиям главы I.

2.6. Требования к инвентарю и оборудованию изложены в главе I.

2.7. Допускается совмещение туалетов для больных и персонала.

## **3. Требования к водоснабжению и канализации**

3.1. 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.

3.2. 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.

3.3. 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.

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

#### **4. Санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия**

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

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

Влажная уборка помещений (обработка полов, мебели, оборудования, подоконников, дверей) должна осуществляться не менее 2-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).

4.3. 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.

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

4.5. 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.

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

4.7. 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.

4.8. 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.

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

Допускается оборудование минипрачечной в здании ФАПа, амбулатории. Минипрачечная должна иметь не менее двух помещений: для сбора, временного хранения и стрики белья второе для сушки, глажения и временного хранения чистого белья.

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

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

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

4.13. В основных функциональных, производственных помещениях и на рабочих местах медицинского, обслуживающего и другого персонала должны быть обеспечены гигиенические нормативы параметров микроклимата и воздушной среды.

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

4.15. 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.

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

4.17. 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.

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

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

## Приложение 1

к СанПиН 2.1.3.\_\_\_\_\_-1\_

УТВЕРЖДЕНЫ  
постановлением Главного  
государственного санитарного  
врача Российской Федерации

от \_\_\_\_\_ 201\_ № \_\_\_\_

### Минимальные рекомендуемые площади помещений

№ №	Наименование помещений	Площадь (м <sup>2</sup> )
	<b>1. Площади на одну койку в палатах различного назначения и вместимости</b>	
	<b>1.1. Палаты на одну койку</b>	

1	Интенсивной терапии, в том числе для ожоговых больных	18
2	Нейрохирургические, ортопедотравматологические, радиологические, ожоговые (кроме отделений интенсивной терапии), восстановительного лечения, медико-социальные (в том числе в хосписах), диагностические палаты, палаты для больных, передвигающихся с помощью кресел-колясок	12
3	Индивидуальная родовая палата с кроватью -трансформером	24
4	Индивидуальная родовая палата	30
5	Для новорожденных (изолятор)	6
6	Для детей до 7 лет, с круглосуточным пребыванием матерей	12
7	Для взрослых или детей старше 7 лет, с сопровождающим	14
8	Прочие, в том числе предродовые	10
	<b>1.2. Палаты на две койки и более</b>	
	<i>Для взрослых и детей старше 7 лет</i>	
9	Интенсивной терапии, реанимации	13
10	Нейрохирургические, ортопедотравматологические, радиологические, ожоговые (кроме отделений интенсивной терапии), восстановительного лечения, медико-социальные (в том числе в хосписах), диагностические палаты, палаты для больных, передвигающихся с помощью кресел-колясок	10
11	Инфекционные, в том числе туберкулезные	8
12	Психиатрические общего типа и наркологические	6
13	Психиатрические надзорные	7
14	Прочие, в том числе предродовые	7
	<i>Для детей до 7 лет</i>	
15	Интенсивной терапии, реанимации	13
16	С дневным пребыванием матерей	8
17	С круглосуточным пребыванием матерей	12
18	Нейрохирургические, ортопедотравматологические, радиологические, ожоговые (кроме отделений интенсивной терапии), восстановительного лечения, медико-социальные (в том числе в хосписах), диагностические палаты, палаты для больных, передвигающихся с помощью кресел-колясок	9
19	Инфекционные, в том числе туберкулезные	7
20	Психиатрические общего типа	5
21	Психиатрические надзорные	6
22	Прочие	6
	<i>Для детей до 1 года, в том числе для новорожденных</i>	
23	Интенсивной терапии для новорожденных	9
24	Для детей с круглосуточным пребыванием матерей	10
25	Для детей с дневным пребыванием матерей	8
	В палатах без пребывания матерей:	
26	- на 1 кроватью	4,5
27	- на 1 кювез	6
	<b>2. Консультативные, лечебные, диагностические помещения, помещения восстановительного лечения, общие для разных структурных подразделений</b>	
28	Кабинет-офис для приема пациентов без проведения осмотра (психолог, юрист, социальный работник и др.)	10
29	Кабинет врача (фельдшера) для приема взрослых пациентов (без специализированных кресел, аппаратных методов	12

	диагностики, лечения и парентеральных вмешательств), кабинет предрейсовых/послерейсовых осмотров	
30	Кабинет врача (фельдшера) для приема детей (без специализированных кресел, аппаратных методов диагностики, лечения и парентеральных вмешательств)	15
31	Кабинет врача, со специально оборудованным рабочим местом (гинеколог, уролог, проктолог, офтальмолог, оториноларинголог, генетик и др.)	18
32	Манипуляционная, смотровая с аппаратными методами диагностики и лечения, в том числе при кабинете врача-специалиста	16
33	Перевязочная	18
34	Процедурная для внутривенных вливаний, забора венозной крови, внутримышечных, внутрикожных инъекций, экстракорпоральной гемокоррекции, прививочный кабинет, процедурная врача-косметолога с парентеральными вмешательствами	12
35	Малая операционная	24
36	Предоперационная при малой операционной	6
37	Шлюз при малой операционной	4
38	Помещение (с туалетом) для временного пребывания пациента после амбулаторных оперативных вмешательств	6 на 1 место, но не менее 9
39	Комната приготовления аллергенов	6
39.1	Комната хранения и разведения вакцины БЦЖ, хранения вакцины против гепатита В в акушерском стационаре	6
40	Кабинет для занятий малых (до 5 человек) групп (логопедических, психотерапевтических и др.)	18
41	Кабинеты электросветолечения, теплотечения, лазерной терапии, магнитотерапии, кислородной терапии, иглорефлексотерапии, лечения электросном и др.	6 на 1 место, но не менее 12
42	Кабинет для занятий групп более 5 человек (логопедический, психотерапевтический, гипнотарий и др.)	4 на место, но не менее 24
43	Шлюз при кабинетах врачебного приема	2
44	Темная комната офтальмолога	4
45	Аудиометрическая кабина (кроме кабин поставляемых в виде готового изделия)	3
46	Процедурная (манипуляционная) эндоскопии	18
47	Помещение для обработки эндоскопов (моечно-дезинфекционная)	12
48	Кабинет индивидуальной условно-рефлекторной терапии	12
49	Кабинет групповой условно-рефлекторной терапии	6 на 1 место, но не менее 20
50	Кабинет грязелечения, ванный зал	8 на 1 место (ванну), но не менее 12
51	Кабинет ингаляционной терапии	3 на 1 место, но не менее 10
52	Процедурные галотерапии, спелеотерапии и т.п.	6 на 1 место, но не менее 18
53	Солярий вертикальный	3 на 1 место,

		но не менее 12
54	Солярий горизонтальный	4 на 1 место, но не менее 12
55	Зал лечебной физкультуры для групповых занятий, тренажерный зал.	5 на 1 место, но не менее 20
56	Зал обучения ходьбе	36
57	Кабинеты механотерапии, трудотерапии	4 на 1 место, но не менее 12
58	Кабинеты массажа, мануальной терапии	8 на 1 кушетку, но не менее 10
59	Душевой зал с кафедрой (площадь уточняется в зависимости от количества душей)	24
60	Помещения подводного душа-массажа, вихревых, вибрационных ванн, четырехкамерных ванн	12
61	Помещение контрастных ванн	32
62	Процедурная кабинета магнитно-резонансной томографии	25 (уточняется техническими требованиями оборудования)
63	Комната управления магнитно-резонансной томографии	10
64	Подготовительная пациента при кабинете магнитно-резонансной томографии	4
65	Кабинет ультразвуковой диагностики	12
66	Кабинет гипербарической оксигенации (барозал)	20
67	Кабинет для гипокситерапии	4 на 1 место, но не менее 10
67.1	- для мойки масок и шлангов	не менее 4
	<b>3. Специфические помещения отдельных структурных подразделений</b>	
	<b>3.1. Приемные отделения</b>	
68	Фильтр-бокс детских поликлиник, приемно-смотровой бокс стационаров	15
69	Санитарный пропускник для пациентов	8 (с душем) 12 (с ванной)
70	Помещение (место) для хранения каталок и кресел-колясок	2 на каталку 1 на кресло-коляску, но не менее 6
71	Фильтр для приема рожениц и беременных	8
72	Помещение временного хранения вещей больных	0,3 на 1 койку, но не менее 6
73	Предреанимационная	12
74	Реанимационный зал	30
75	Родовой бокс:	
	- уличный тамбур	2
	- помещение санитарной обработки рожениц	12
	- индивидуальная родовая палата с кроватью - трансформером	24
	- индивидуальная родовая палата	30
	- туалет	3
	- подготовительная с душем для персонала	4
	<b>3.2. Прочие помещения палатных отделений</b>	
76	Комната для игр детей, помещение дневного пребывания для	0,8 на койку, но



	детей и взрослых	не менее 12
77	Пост дежурной медицинской сестры	6
78	Буфетная с оборудованием для мойки столовой посуды	15
79	Столовая для больных	1,2 на 1 посадочное место
80	Столовая для больных на креслах-колясках	2,5 на 1 посадочное место
81	Шлюз при палате	3
82	Туалет с умывальником при палате	3
83	Душевая при палате	3
84	Санузел (туалет, умывальник, душ)	4
85	Ванная с подъемником	12
86	Клизменная	8
	<b>3.3. Операционные блоки, отделения реанимации и интенсивной терапии</b>	
87	Операционная общепрофильная (в т.ч. эндоскопическая и лапароскопическая)	36
88	Операционная для проведения ортопедо-травматологических и нейрохирургических операций	42
89	Операционная для проведения операций на сердце с использованием АИК, рентгенооперационная	48
90	Предоперационная для одной общепрофильной операционной	10
91	Предоперационная для двух общепрофильных (одной специализированной) операционных	12
92	Помещение подготовки больного, наркозная	12
93	Инструментально-материальная, помещения для хранения стерильного, шовного материалов, растворов	4 на каждую операционную, но не менее 10
94	Стерилизационная для экстренной стерилизации	10
95	Помещение разборки и мытья инструментов, в том числе эндоскопического оборудования	10, плюс 2 на каждую операционную свыше 4
96	Помещение для мойки и обеззараживания наркозно-дыхательной аппаратуры	12, плюс 2 на каждую операционную выше 4
97	Кладовая наркозно-дыхательной аппаратуры	8, плюс 2 на каждую операционную свыше 4
98	Помещение для хранения и подготовки крови и кровезаменителей к переливанию	8
99	Протокольная (предусматривается при наличии более 4-х операционных)	15
100	Помещение для хранения послеоперационных отходов	4
101	Помещение хранения и подготовки гипса и гипсовых бинтов	6
102	Перевязочная с ванной и подъемником для ожоговых больных	30
103	Комната психологической разгрузки	18

104	Помещение временного хранения трупов	6
<b>3.4. Отделения гемодиализа и детоксикации</b>		
105	Диализный зал с постом дежурной медицинской сестры	14 на одно диализное место
106	Помещение водоподготовки	10
107	Склад солей	2 на каждое диализное место, но не менее 8
108	Кладовая растворов	1,5 на каждое диализное место, но не менее 8
109	Помещение ремонта диализных аппаратов	12
110	Процедурная для проведения перитонеального диализа	16
<b>3.5. Диагностические лаборатории</b>		
111	Лаборантская (в т.ч. гематологическая, биохимическая, эмбриологическая, гистологическая и др)	6 на каждое рабочее место, но не менее 12
112	Помещение приема и регистрации биоматериала для лабораторных исследований	8
113	Помещение взятия проб капиллярной крови	4 на каждое рабочее место, но не менее 9
114	Лаборатория срочных анализов	12
115	Автоклавная для обеззараживания	12
<b>3.6. Отделения производственной трансфузиологии</b>		
116	Процедурная на 1 кресло со шлюзом для забора донорской крови, плазмафереза	4 на каждое кресло, но не менее 14+2
117	Бокс (с предбоксом) для фракционирования крови	10 + 4
118	Процедурная (со шлюзом) для аутоплазмафереза	14+2
119	Помещение для карантинизации плазмы, помещения хранения неапробированных компонентов крови, хранения кровезаменителей, временного хранения и выдачи крови и ее заменителей	10
120	Помещение отдыха доноров	12
<b>3.7. Лаборатория экстракорпорального оплодотворения (ЭКО)</b>		
121	Малая операционная -предоперационная -шлюз для входа пациентов	24 8 2
122	Манипуляционная для взятия яйцеклетки и имплантации оплодотворенной яйцеклетки (предусматривается в случае отсутствия операционной)	18
123	Эмбриологическая лаборантская с кабинетом генетика	18+12
124	Помещение сдачи спермы	6
125	Криохранилище	10
<b>3.8. Патологоанатомические отделения и бюро судебно – медицинской экспертизы</b>		
126	Помещение приема тел умерших	6

127	Кладовая для хранения вещей умерших	4
128	Помещение хранения тел умерших с кассетным холодильным шкафом	определяется габаритами оборудования, но не менее 12
129	Секционная на 1 стол	18 на стол и 12 на каждый последующий
130	Предсекционная	10
131	Комната приема и регистрации биопсийного и аутопсийного материала	6
132	Препараторская	10
133	Фиксационная	6
134	Архив влажного аутопсийного и биопсийного материала	8
135	Архив микропрепаратов	8
136	Помещение одевания тел умерших	10
137	Кладовые консервирующих растворов, ядов и летучих веществ	6
138	Помещение выдачи тел умерших	15
139	Кабинеты врачебного освидетельствования живых лиц	По площадям кабинетов для приема пациентов
140	Кабинет для работы с документами	10
141	Помещение хранения вещественных доказательств и ценностей	6
142	Архив гистологического материала	12
	<b>4.Вспомогательные, служебные и бытовые помещения, общие для всех структурных подразделений</b>	
143	Кабинет заведующего отделением	16
144	Комната персонала	12
145	Помещение старшей медицинской сестры	10
146	Ординаторская	6 на одного врача, но не менее 12
147	Кабинет дежурного врача	10
148	Помещение для студентов <sup>12</sup>	
149	Помещение для преподавателей <sup>12</sup>	
150	Помещение сестры-хозяйки отделения	8
151	Помещение хранения чистого белья и постельных принадлежностей	4
152	Помещение хранения расходного материала и медикаментов	4
153	Помещение хранения наркотических средств и психотропных веществ	4
154	Медицинский архив	0,3 на одну койку, 4 на 100 посещений в смену, но не менее 12
155	Конференц-зал (с учетом эстрады и оснащения кресел	0,9 на одно

\*В случае, если это учебные базы или клиники высших и средних учебных заведений

	пюпитрами)	место
156	Кладовая вещей больных	0,2 на одну койку
157	Гардеробная уличной одежды персонала	0,08 на один крючок
158	Гардеробная домашней и рабочей одежды персонала	0,5 на один индивидуальный шкаф
159	Вестибюль-гардеробная для посетителей	0,5 на одного посетителя
160	Раздевальная для пациентов при лечебных и диагностических кабинетах	1,3 на одно место, но не менее 2
161	Туалет с умывальником для персонала	3
162	Душ для персонала	3
163	Помещение временного хранения грязного белья	4
164	Помещение хранения предметов уборки и дезинфицирующих растворов	4
165	Помещение временного хранения медицинских отходов	4
166	Санитарная комната (временное хранение грязного белья, мед. отходов, мойка суден)	8
167	Помещение для хранения передвижного рентгеновского аппарата, переносной аппаратуры	8
168	Помещение для слива	2

## Приложение 2

к СанПиН 2.1.3. \_\_\_\_\_ -1\_

УТВЕРЖДЕНО  
 постановлением Главного  
 государственного санитарного  
 врача Российской Федерации

от \_\_\_\_\_ 201\_ № \_\_\_\_

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

Наименование помещений	Минимальная площадь, м <sup>2</sup>	Примечания
1	2	3
Вестибюльная группа с регистратурой, гардеробом верхней одежды и ожидальной	10	На каждого взрослого пациента по 1,2 м <sup>2</sup> На каждого ребенка с учетом пребывания одного из родителей – 2 м <sup>2</sup>
Кабинет врача (стоматолога-терапевта, хирурга, ортопеда, ортодонта, детского стоматолога)	14	С увеличением на 10 м <sup>2</sup> на каждую дополнительную стоматологическую установку (7 м <sup>2</sup> на дополнительное стоматологическое кресло без установки)
Кабинет врача в общеобразовательных учреждениях	12	
Кабинет гигиены рта	10	С учетом ограниченного объема лечебной помощи
Операционный блок: предоперационная операционная комната временного пребывания пациента после операции	6 20 4	При отсутствии центральной стерилизационной, инструментарий из операционной поступает на стерилизацию в предоперационную, где предусматривается стерилизационная, при этом площадь предоперационной увеличивается, как минимум, на 2 м <sup>2</sup>
Рентгеновский кабинет на один дентальный рентгеновский аппарат для прицельных снимков	6*	Уменьшение площади возможно при соблюдении пунктов 7.2.1 настоящих санитарных правил
Стерилизационная	6	Площадь принимается в соответствии с технологическим обоснованием (габариты оборудования и пр.), но не менее 6 м <sup>2</sup>
Зуботехническая лаборатория: помещение зубных техников	7	4 м <sup>2</sup> на одного техника, но не более 10 техников в одном помещении

Специализированные помещения: полимеризационная, гипсовочная, полировочная, паяльная	7	При наличии зуботехнической лаборатории на 1—2 штатных единицы зубных техников, возможно ее размещение в 2-х кабинетах – в одном из кабинетов совмещаются процессы гипсовки, полировки, полимеризации, пайки, в другом – рабочее место зубного техника. При этом площадь обоих кабинетов должна быть не менее 14 м <sup>2</sup>
литейная	4	В зависимости от технологии и габаритов оборудования площадь может быть изменена
Физиотерапевтическое отделение: кабинет электросветолечения, лазеротерапии	12	6 м <sup>2</sup> на один аппарат
кабинет гидротерапии	12	6 м <sup>2</sup> на один аппарат
кабинет УВЧ, СВЧ и ультрафиолетового облучения	12	6 м <sup>2</sup> на один аппарат
кабинет физиотерапии	12	6 м <sup>2</sup> на один аппарат
Административные, подсобные и вспомогательные помещения: кабинет заведующего (администратора) комната персонала с гардеробом	8 6	На каждого работающего в смену по 1,5 м <sup>2</sup> . Верхняя одежда может быть размещена в шкафу-купе
кабинет старшей медицинской сестры помещение хранения медикаментов и наркотических материалов	8 6	
помещения хранения изделий медицинского назначения	6	Может быть объединена с кабинетом старшей медицинской сестры, при этом площадь кабинета старшей медсестры не увеличивается Могут размещаться в шкафах-купе в коридорах и подвальных помещениях
кладовая грязного белья	3	
кладовая чистого белья	3	При количестве стоматологических кресел в стоматологической медицинской организации не более 3 допускается наличие одного туалета для пациентов и персонала
туалет для пациентов	3	
туалет для персонала	3	
*Площади для других кабинетов и вспомогательных помещений рентгенологического отделения – в действующих санитарных правилах, регламентирующих требования к источникам ионизирующих излучений. **В минимальный набор помещений для работы стоматологической медицинской организации входят: вестибюльная группа, кабинет врача-стоматолога, комната персонала, туалет, кладовая		

### Состав, набор и минимальные рекомендуемые площади помещений ФАПов\*

ФАП с обслуживанием до 800 человек	ФАП/врачебная амбулатория с обслуживанием более 800 человек
ожидальная – 10 м <sup>2</sup> ; кабинет приема – не менее 12 м <sup>2</sup> (при	ожидальная – 12 м <sup>2</sup> ; кабинет приема – не менее 12 м <sup>2</sup> ;

<p>установке гинекологического кресла дополнительно 8 м<sup>2</sup>);  процедурный кабинет, совмещенный с прививочным по графику работы - не менее 12 м<sup>2</sup>;  помещение для хранения лекарственных средств 4 кв. м<sup>2</sup>  помещение персонала с раздевалкой – 4-6 м<sup>2</sup>  хранение уборочного инвентаря, моющих и дезинфицирующих средств, чистого белья, в ременное хранение грязного белья организуется в специальных помещениях или в шкафах вне производственных помещений  санузел</p>	<p>процедурный кабинет – не менее 10 м<sup>2</sup>;  прививочный кабинет не менее 10м<sup>2</sup>;  смотровой кабинет с гинекологическим креслом – не менее 10 м<sup>2</sup>; стерилизационная -не менее 6 м<sup>2</sup>, помещение для хранения лекарственных средств 4 кв м<sup>2</sup>;  помещение персонала с раздевалкой – 4-6 м<sup>2</sup>;  помещение для уборочного инвентаря, моющих и дезинфицирующих средств – не менее 2 м<sup>2</sup>; помещение для хранения грязного белья не менее 2 м<sup>2</sup>,  санузел</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

\*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.

## Приложение 3

к СанПиН 2.1.3.\_\_\_\_\_ -1\_

УТВЕРЖДЕНО  
 постановлением Главного  
 государственного  
 санитарного  
 врача Российской  
 Федерации

от \_\_\_\_\_ 201\_ № \_\_\_\_\_

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

Наименование помещений	Класс чистоты помещений	Санитарно-микробиологические показатели		Допустимая температура воздуха (расчетная)	Рекомендуемый воздухообмен в 1 час, не менее*		Кратность вытяжки при естественном воздухообмене
		Общее количество микроорганизмов в 1 м <sup>3</sup> воздуха (КОЕ/м <sup>3</sup> )			приток	Вытяжка	
		до начала работы	во время работы				
1	2	3	4	5	6	7	8
Операционные, послеоперационные палаты, реанимационные залы (палаты), в том числе для ожоговых больных, родовые, манипуляционные-туалетные для новорожденных	А	Не более 200	Не более 500	21-24 (21)	100%от расчетного воздухообмена, но не менее десятикратного для асептических помещений 80%от расчетного воздухообмена, но не менее восьми-кратного для септических помещений	80%от расчетного воздухообмена, но не менее восьми-кратного для асептических помещений расчетного воздухообмена, но не менее десяти-кратного для септических помещений	Не допускается
Послеродовые палаты, палаты для ожоговых больных, палаты	Б	Не более 500	Не более 750	21-23 (22)	100%от расчетного воздухообмена, но не менее	100%от расчетного воздухообмена, но не менее	Не допускается



для лечения пациентов в асептических условиях, в том числе для иммунокомпromетированных, палаты интенсивной терапии,					десяти-кратного	десяти-кратного	
Послеродовые палаты совместным пребыванием ребёнка, палаты для недоношенных, грудных, травмированных, новорожденных (второй этап выхаживания),	Б	Не более 500	Не более 750	23-27 (24)	100%от расчетного воздухообмена, но не менее десяти-кратного	По 100% от расчетного воздухообмена, но не менее десяти-кратного	Не допускается
Шлюзы в боксах и полубоксах инфекционных отделений	В	Не нормируется		22-24 (22)	По расчету, но не менее 5-ти кратного обмена		Не допускается
Рентгенооперационные, в том числе ангиографические	Б	Не более 500	Не более 750	20-26 (20)	12	10	Не допускается
стерилизационные при операционных	Б	Не более 500	Не более 750	20-27 (20)	3	-	2
ЦСО:							
чистая и стерильная зоны (контроля, комплектования и упаковки чистых инструментов, помещения для подготовки перевязочных и операционных материалов и белья, стерилизации, экспедиции)	Б	Не более 500	Не более 750	20-27 (20)	100%от расчетного воздухообмена, но не менее десяти-кратного	80%от расчетного воздухообмена, но не менее восьми-кратного	Не допускается
грязная зона (приема,	Г	Не норми-	Не норми-	20-27 (20)	80% от расчетного	100% от 100%от расчетного	Не допускается

разборки, мытья и сушки медицинских инструментов и изделий медицинского назначения)		руется	руется		воздухообмена, но не менее восьми-кратного	воздухообмена, но не менее десяти-кратного	ается
Боксы палатных отделений, боксированные палаты	В	Не нормируется	Не нормируется	20-26 (20)	Из расчёта 80 м3/час на 1 койку	Из расчёта 80 м3/час на 1 койку	2,5
Палатные секции инфекционного отделения в том числе туберкулёзные.	В	Не нормируется	Не нормируется	20-26 (20)	Из расчёта 80 м3/час на 1 койку	Из расчёта 80 м3/час на 1 койку	Не допускается
Палаты для взрослых больных, помещения для матерей детских отделений	В	Не нормируется	Не нормируется	20-26 (20)	Из расчёта 80 м3/час на 1 койку	Из расчёта 80 м3/час на 1 койку	2
Шлюзы перед палатами для новорожденных	В	Не нормируется	Не нормируется	22-24 (22)	По расчету, но не менее 5	-	Не допускается
Кабинеты врачей, помещения дневного пребывания пациентов, Кабинеты функциональной, ультразвуковой диагностики, процедурные эндоскопии (кроме бронхоскопии)	В	Не нормируется	Не нормируется	20-27 (20)	Из расчёта 60 м3/час на 1 человека	Из расчёта 60 м3/час на 1 человека	1
Залы лечебной физкультуры	В	Не нормируется	Не нормируется	18-28 (18)	80%от расчетного воздухообмена (80 м3/час на 1 занимающегося )	100%от расчетного воздухообмена (80 м3/час на 1 занимающегося )	2
Процедурные магнитно-резонансной томографии	В	Не нормируется	Не нормируется	20-23 (20)	100%от расчетного воздухообмена на удаление теплоизбытков	100%от расчетного воздухообмена на удаление теплоизбытков	Не допускается
Процедурные и асептические	Б	Не более 300	Не норми-	22-26 (20)	8	6	Не допускается

перевязочные, процедурные бронхоскопии, Кабинеты хирургической стоматологии			руется				ается
Процедурные с применением аминазина	В	Не нормируется	Не нормируется	22	8	10	Не допускается
Процедурные для лечения нейрорептиками	В	Не нормируется	Не нормируется	18	-	3	2
Малые операционные	Б	Не более 500	Не более 750	20-24 (20)	10	5	1
Диспетчерские, комнаты персонала, комнаты отдыха пациентов после процедур	Г	Не нормируется	Не нормируется	20	Приток из коридора	1	1
Процедурные и раздевальные рентгенодиагностических флюорографических кабинетов, кабинеты электролечения, массажный кабинет	Г	Не нормируется	Не нормируется	20-26 (20)	3	4	Не допускается
Комнаты управления рентгеновских кабинетов и радиологических отделений, фотолаборатории	Г	Не нормируется	Не нормируется	18 (18)	3	4	Не допускается
Монтажные и моечные кабинетов искусственной почки, эндоскопии, аппаратов искусственного кровообращения, растворные – деминерализационные	Г	Не нормируется	Не нормируется	18 (18)	-	3	2
Ванные залы	Г	Не	Не	25-29	3	5	3

(кроме радоновых), помещения подогрева парафина и озокерита, лечебные плавательные бассейны. Помещения (комнаты) для санитарной обработки больных, душевые		нормируется	нормируется	(25)			
Раздевальные в отделениях водолечения и грязелечения	Г	Не нормируется	Не нормируется	23-29 (23)	Приток по балансу вытяжки из ванных и грязевых залов		2
Помещения радоновых ванн, залы и кабинеты грязелечения для полосных процедур, душевые залы	Г	Не нормируется	Не нормируется	25-29 (25)	4	5	Не допускается
Помещения для хранения и регенерации грязи.	Г	Не нормируется	Не нормируется	12	2	10	Не допускается
Помещения приготовления раствора сероводородных ванн и хранения реактивов	Г	Не нормируется	Не нормируется	20	5	6	Не допускается
Помещения для мойки и сушки простыней, холстов, брезентов, грязевые кухни.	Г	Не нормируется	Не нормируется	16	6	10	Не допускается
Кладовые (кроме хранения реактивов), технические помещения (компрессорные, насосные и т.п.), мастерские по	Г	Не нормируется	Не нормируется	18	-	1	1

ремонт аппаратуры, архивы							
Санитарные комнаты, помещения сортировки и временного хранения грязного белья, помещения мойки, носилок и клеенок, помещение сушки одежды и обуви выездных бригад.	Г	Не норми- руется	Не норми- руется	18	-	5	5
Кладовые кислот, реактивов и дезинфицирующ их средств	Г	Не норми- руется	Не норми- руется	18	-	5	5
Регистратуры, справочные вестибюли, гардеробные, помещения для приема передач больным, поме- щения выписки, ожидальные, буфетные, столовые для больных, молочная комната	Г	Не норми- руется	Не норми- руется	18	-	1	1
Помещение для мытья и стерилизации столовой и кухонной посуды при буфетных и столовых отделений, парикмахерские для обслуживания больных	Г	Не норми- руется	Не норми- руется	18	2	3	2
Хранилища радиоактивных веществ,	Г	Не норми- руется	Не норми- руется	18	5	6	Не допуск ается

фасовочные и моечные в радиологических отделениях							
Помещения для рентген и радиотерапии	Г	Не нормируется	Не нормируется	20-26 (20)	По соответствующим санитарным правилам		
Кабинеты электро-свето-, магнито-, -тепло лечения, лечения ультразвуком.	Г	Не нормируется	Не нормируется	20-27 (20)	2	3	Не допускается
Помещения дезинфекционных камер: Приемно-загрузочные; разгрузочные (чистые) отделения	Г	Не нормируется	Не нормируется	16	Из чистого помещения 5	5  Через «грязные» отделения	Не допускается
Секционные, музеи и препараторские при патологоанатомических отделениях	В	Не нормируется	Не нормируется	16-22 (16)	-	4	Не допускается
Помещения одевания трупов, выдачи трупов, кладовые похоронных принадлежностей, для обработки и подготовки к захоронению инфицированных трупов, помещения для хранения хлорной извести.	В	Не нормируется	Не нормируется	14-20 (14)	-	3	Не допускается
Санузлы	Г	Не нормируется	Не нормируется	20-27 (20)	-	50 м <sup>3</sup> на 1 унитаз и 20 м <sup>3</sup> на 1 писсуар	3
Клизменная	Г	Не нормируется	Не нормируется	20-27 (20)	-	5	2
Клинико-диагностические	Г	Не норми-	Не норми-	20-26 (20)	-	3	2



х материалов, чистой посуды							
Помещения для приготовления и фасовки ядовитых препаратов и наркотиков	Г	Не нормируется	Не нормируется	18	-	3	3
Легко воспламеняющиеся и горючие жидкостей	Г	Не нормируется	Не нормируется	18	-	10	5

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

Кратность воздухообмена определяется, исходя из расчетов обеспечения заданной чистоты, температуры и относительной влажности воздуха. Скорость движения воздуха в палатах принимается от 0,1 до 0,2 м/сек.; в операционных - 0,1-0,15 м/сек.; при использовании систем ламинарно-падающих потоков – до 0,3 м/сек. в зоне ламинарного потока. На постоянных рабочих местах, где медицинский персонал находится свыше 50 % рабочего времени или более 2 ч непрерывной работы, показатель относительной влажности должен находиться в пределах 40-60%; для мест временного пребывания работающих – не более 65% в теплый период года и не более 75% в холодный и переходный период года.



## Приложение 4

к СанПиН 2.1.3. \_\_\_\_\_-1\_

УТВЕРЖДЕНЫ  
 постановлением Главного  
 государственного  
 санитарного  
 врача Российской  
 Федерации

от \_\_\_\_\_ 201\_ № \_\_\_\_

**Предельно-допустимые концентрации (ПДК) и классы опасности  
 лекарственных средств в воздухе помещений лечебных организаций**

№ п/п	Определяемое вещество	ПДК в мг/м <sup>3</sup> . Класс опасности	Методики определения
1	Диэтиловый эфир	300; IV	МУ 46-07 ФГХ-1 «Газохроматографическое определение Диэтилового эфира воздухе»
2	Трихлорэтилен	10	
3	Хлористый этил	50; IV	
4	Закись азота	5 (в перерасчете на O <sub>2</sub> )	Экспресс метод Г/анализатор «Элан СО/NO»
5	Формальдегид	0,5; II. А	МУК 4.1.2469-09 «Методические указания по фотометрическому определению формальдегида в воздухе рабочей зоны
6	Метил-2-метилпроп-2-еноат (Метилметакрилат) для воздуха рабочей зоны	20/10; III	ГН 2.2.5.1313-03 МВИ НПП «ЭКАН» №64-04
7	Метил-2-метилпроп-2-еноат (Метилметакрилат) для атмосферного воздуха	0,1/0,01; III	ГН 2.1.6.1338-03 МВИ НПП «ЭКАН» №64-04
8	Взвешенные вещества *	0,5/0,15; III	ГН 2.1.6.1338-03, РД 52-04-186-89
9	Кальций сульфат дигидрат (гипс)	2,0 III	ГН 2.2.5.1313-03, МУК4.1.2468-09
10	Висмут и его неорганические соединения	0,5 II	ГН 2.2.5.1313-03, МУ 24 №4836-88
11	Цирконий	6,0 III	ГН 2.2.5.1313-03, МУ1-5 № 1636-77
12	Титан	-/10 IV	ГН 2.2.5.1313-03, МУ 4945-88
13	Хром(VI) триоксид	0,03/0,01 I	ГН 2.2.5.1313-03, МУ 4945-88
14	диХром триоксид (по хрому III)	3/1 III	ГН 2.2.5.1313-03 МУ 1-5 № 1633-77, МУ 4945-88

\*В воздухе рабочей зоны взвешенные вещества не нормируются, нормируются различные виды пыли в том числе гипс (кальций сульфат дигидрат).

Приложение 5  
к СанПиН 2.1.3.\_\_\_\_-1\_

УТВЕРЖДЕНО  
постановлением Главного  
государственного санитарного  
врача Российской Федерации  
от \_\_\_\_\_ 20\_\_ №\_\_

**Нормируемые показатели естественного, искусственного и совмещенного освещения  
основных помещений медицинских организаций**

Помещения	Рабочая поверхность и плоскость нормирования КЕО освещенности (Г–горизонтальная, В – вертикальная) и высота над полом, м	Естественное освещение		Совмещенное освещение		Искусственное освещение			Показатель дисконфорты $M$ , не более	Коэффициент пульсации освещенности, $K_p$ , %, не более
		КЕО $e_n$ , %		КЕО $e_n$ , %		Освещенность, лк				
		при верхнем или комбинированном освещении	при боковом освещении	при верхнем или комбинированном освещении	при боковом освещении	при комбинированном освещении	при общем освещении	всего		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<b>Палатные отделения</b>										
Приемные фильтры-боксы	Г-0,0	—	—	—	—	—	—	100	25	15
Палаты отделений для взрослых	Г-0,0	2,0	0,5	—	—	—	—	100	25	15

Палаты: детских отделений, для новорожденных; интенсивной терапии, послеоперационные, палаты матери и ребенка	Г-0,0	3,0	1,0	—	—	—	—	200	25	15
Классные комнаты детских стационаров/отделений	Г-0,8	4,0	1,5	—	—	—	—	500	15	10
Игровые комнаты	Г-0,0	4,0	1,5	—	—	—	—	400	15	10
Помещения приема пищи	-0,8	—	—	1,5	0,5	—	—	200	60	20
Процедурные, манипуляционные	Г-0,8	4,0	1,5	2,4	0,9	—	—	500	40	10
Посты медсестер	Г-0,8	—	—	1,5	0,4	—	—	300	40	15
Комнаты дневного пребывания	Г-0,8	2,5	0,7	1,5	0,4	—	—	200	60	20
Помещения хранения переносной аппаратуры	Г-0,0	—	—	—	—	—	—	75	—	—
<b>Операционный блок, реанимационный зал, перевязочные, родовые отделения</b>										
Операционная	Г-0,8	—	—	—	—	—	—	500	40	10
Родовая, диализационная, реанимационные залы, перевязочные	Г-0,8	4,0	1,5	2,4	0,9	—	—	500	40	10
Предоперационная	Г-0,8	—	—	—	—	—	—	300	40	15
Монтажные аппаратов искусственного кровообращения, искусственной почки и т.д.	Г-0,8	—	—	—	—	—	—	400	20	10
Помещение хранения крови	Г-0,8	—	—	—	—	—	—	200	40	20
Помещение хранения и приготовления гипса	Г-0,8	—	—	—	—	—	—	75	—	—
<b>Отделения консультативного приема, кабинеты диагностики и лечения</b>										
Регистратуры, диспетчерские	Г-0,8	—	—	1,5	0,4	—	—	200	60	20
Кабинеты хирургов, акушеров, гинекологов, травматологов, педиатров, инфекционистов, дерматологов, аллергологов, стоматологов; смотровые		4,0	1,5	2,4	0,9	—	—	500	40	10

Кабинеты приема врачей других специальностей, фельдшеров (кроме приведенных выше)	Г-0,8	3,0	1,0	1,8	0,6	—	—	300	40	15
Темные комнаты офтальмологов	Г-0,8	—	—	—	—	—	—	20	—	10
Кабинеты функциональной диагностики, физиотерапии	Г-0,8	—	—	1,8	0,6	—	—	300	40	15
Процедурные эндоскопических кабинетов	Г-0,8	—	—	—	—	—	—	300	40	15
Процедурные рентгенодиагностики	Г-0,8	—	—	—	—	—	—	50	—	—
Процедурные радиологической диагностики и терапии	Г-0,8	—	—	—	—	—	—	400	40	10
Помещения бальнеотерапии, душевые залы	Г-0,8	—	—	—	—	—	—	200	60	20
Помещения трудотерапии	Г-0,8	3,0	1,0	1,8	0,6	—	—	300	40	15
Помещения для лечения сном, фотарии	Г-0,8	—	—	—	—	—	—	50	—	—
Кабинеты массажа, лечебной физкультуры, тренажерные залы	Г-0,8	—	—	1,5	0,4	—	—	200	60	20
Помещения подготовки парафина, озокерита, обработки прокладок, стирки и сушки простыней, холстов, брезентов, регенерации грязи	Г-0,8	—	—	—	—	—	—	75	—	—
<b>Лаборатории медицинских учреждений</b>										
Помещения приема, выдачи и регистрации анализов, весовые, средоварные, помещения для окраски проб, центрифужные	Г-0,8	—	—	—	—	—	—	200	40	10
Лаборатории проведения анализов, кабинеты серологических исследований, колориметрические	Г-0,8	4,0	1,5	2,4	0,9	—	—	500	40	10

Препараторские, лаборантские общеклинических, гематологических, биохимических бактериологических, гистологических и цитологических лабораторий, кабинеты взятия проб, коагулографии, фотометрии	Г-0,8	3,0	1,0	1,8	0,6	—	—	300	40	15
Моечные лабораторной посуды, термостатная	Г-0,8	—	—	—	—	—	—	200	60	20
<b>Аптеки</b>										
Ассистентская, асептическая, аналитическая, фасовочная, заготовочная концентратов и полуфабрикатов, контрольно-маркировочная	Г-0,8	—	—	2,4	0,9	600	400	500	40	10
Моечные	Г-0,8	—	—	—	—	—	—	200	60	20
Помещения хранения лекарственных и перевязочных средств, посуды	Г-0,8	—	—	—	—	—	—	100	—	—
Помещение хранения кислот, дезинфекционных средств, горючих и легковоспламеняющихся жидкостей	Г-0,8	—	—	—	—	—	—	75	—	—
<b>Стерилизационные и дезинфекционные помещения</b>										
Стерилизационная-автоклавная, помещение приема и хранения материалов	Г-0,8	—	—	—	—	—	—	200	40	20

Помещение подготовки инструментов	Г-0,8	—	—	—	—	—	—	200	40	20
Помещение ремонта и заточки инструментов	Г-0,8	—	—	—	—	—	—	300	40	15
Помещение дезинфекционных камер	Г-0,8	—	—	—	—	—	—	75	—	—
<b>Патологоанатомические отделения</b>										
Секционная	Г-0,8	3,5	1,2	2,1	0,7	—	—	400	40	10
Предсекционная, фиксационная	Г-0,8	—	—	—	—	—	—	200	60	20
<b>Помещения пищеблоков</b>										
Раздаточные	Г-0,8	—	—	—	—	—	—	300	60	20
Горячие, холодные, доготовочные, заготовочные цехи	Г-0,8	—	—	—	—	—	—	200	60	20
Моечные посуды	Г-0,8	—	—	—	—	—	—	200	60	20
Загрузочные, кладовые	Г-0,8	—	—	—	—	—	—	75	—	—

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

Приложение 6  
к СанПиН 2.1.3.\_\_\_\_-1\_

УТВЕРЖДЕНЫ

постановлением Главного  
государственного санитарного  
врача Российской Федерации

от \_\_\_\_\_ 20\_\_ № \_\_

Перечень изделий медицинской техники и медицинского назначения используемых в медицинской и фармацевтической деятельности и подлежащих санитарно-эпидемиологической и гигиенической оценке:

- Изделия медицинские из латекса и клеев;
- Катетеры;
- Мешки (дыхательных контуров);
- Напальчники медицинские;
- Перчатки анатомические, хирургические;
- Средства предохранения (презервативы);
- Изделия медицинские, санитарно-гигиенические и предметы ухода за больными;
- Программно-технические комплексы для автоматизированных систем, автоматизации и обработки медицинской информации;
- Бумага и изделия бытового, санитарно-гигиенического и медицинского назначения разового пользования (полотенца бумажные, платки носовые бумажные, пеленки и подгузники бумажные, салфетки бумажные, пакеты гигиенические женские и другие);
- Оборудование кондиционирования воздуха, сантехническое, камбузное, медицинское и другое;
- Устройства перевода речи и аппараты слуховые электронные;
- Изделия медицинские метражные (марля, бинты, салфетки, повязки, полотна);
- Вата и изделия ватные (из хлопковых, химических и шерстяных волокон);
- Вата гигроскопическая (глазная, хирургическая, гигиеническая, оптическая);
- Вата медицинская компрессная (нерасфасованная, расфасованная);

- Изделия чулочно-носочные из синтетической пряжи и нитей медицинского назначения;
- Изделия медицинские из хлопчатобумажной пряжи, искусственных и синтетических нитей и пряжи, чистошерстяной и полушерстяной пряжи в смеси с другими волокнами и нитями (пряжей) общего назначения – наколенники, налокотники, голеностопы, напульсники, фиксирующие повязки, чехлы для культей, оболочки для протезов;
- Юбки, халаты, блузки, фартуки, жилеты, платья и сорочки рабочие и специального назначения;
- Головные уборы рабочие и специального назначения;
- Материалы хирургические, средства перевязочные специальные;
- Лейкопластыри и пластыри (простой, бактерицидный, технический, мозольный, перцовый);
- Изделия протезно – ортопедические;
- Протезы (экзопротезы) для верхних и нижних конечностей;
- Аппараты, изготовленные из полимерных материалов для верхних и нижних конечностей;
- Туторы для верхних и нижних конечностей;
- Корсеты, реклинаторы, obturatory и прочие изделия;
- Бандажи и изделия к протезно-ортопедической продукции (грыжевые, дородовые, послеродовые, лечебные, лифы);
- Шприцы-инъекторы, шприцы многоразового и одноразового использования, изготовленные из полимерных материалов без игл;
- Турбоингаляторы;
- Инструменты медицинские из полимерных материалов;
- Инструменты режущие с приводом;
- Приборы и аппараты медицинские;
- Приборы для медицины, биологии и физиологии;
- Кардиокомплексы;
- Приборы и аппараты для диагностики, кроме измерительных (в части измерений и оценки шумовых характеристик, электромагнитных полей);
- Приборы эндоскопические и увеличительные;
- Аппараты рентгеновские медицинские диагностические (в части измерений и оценки шумовых характеристик, электромагнитных полей);



- Приборы радиодиагностические (в части измерений и оценки шумовых характеристик, электромагнитных полей);
- Очки;
- Приборы и аппараты для лечения;
- Приборы и аппараты для электролечения низкочастотные;
  - Аппараты для электролечения высокочастотные и квантовые;
  - Приборы и аппараты для магнитотерапии;
  - Приборы и аппараты для воздействия ультрафиолетовыми и инфракрасными лучами;
  - Эндоскопы для лечения;
  - Приборы и аппараты радиотерапевтические, рентгенотерапевтические (в части измерений и оценки шумовых характеристик, электромагнитных полей);
  - Приборы и аппараты ультразвуковые;
  - Аппараты ингаляционного наркоза, вентиляции легких, аэрозольтерапии, компенсации и лечения кислородной недостаточности;
  - Аппараты вакуумно-нагнетательные, для вливания и ирригации;
  - Аппараты и устройства для замещения функций органов и систем организма;
  - Оборудование санитарно-гигиеническое, средства перемещения и перевозки, изготовленные с использованием полимерных и синтетических материалов, контактирующих с кожей человека;
  - Оборудование дезинфекционно-стерилизационное, моечное, для санитарной обработки, действующее на основе ультрафиолетового излучения, ультразвука, СВЧ;
  - Оборудование для очистки и обогащения воздуха;
  - Установки стоматологические;
  - Оборудование стоматологическое, зубопротезное, оториноларингологическое;
  - Линзы для коррекции зрения контактные мягкие.



для работы в непрерывном и повторно-кратковременном режиме, для использования старшим и средним медицинским персоналом: - физиотерапевтическое, рентгенологическое оборудование, лечебные стоматологические установки и т.п.;	86	71	61	54	49	45	42	40	38	50 / 60
- отсасыватели, ирригаторы, инсуффляторы, изделия медицинской техники, содержащие в составе насосы, компрессоры и т.п.	93	79	70	63	58	55	52	50	49	60 / 70
Оборудование, предназначенное для работы в кратковременном и повторно-кратковременном режиме, для использования старшим и средним медицинским персоналом (магнитно-резонансные томографы, литотриптеры и т.п.) <sup>1)</sup>	93	79	70	63	58	55	52	50	49	60 / 80
Оборудование, предназначенное для непрерывной работы при кратковременном пребывании среднего и младшего медицинского персонала (стерилизационно-дезинфекционное, моечное оборудование и т.п.)	96	83	74	68	63	60	57	55	54	65 / 80
Оборудование, предназначенное для кратковременного использования средним медицинским персоналом (оборудование для зубопротезного производства и т.п.)	100	87	79	72	68	65	63	61	59	70 / 80

## Примечание

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

Таблица 2

Допустимые уровни воздушного ультразвука,  
создаваемые изделиями медицинской техники

Среднегеометрические частоты третьоктавных полос, кГц	12,5	16,0	20,0	25,0	31,5 - 100,0
Уровень звукового давления, дБ	70	80	90	95	100

Таблица 3

Допустимые уровни контактного ультразвука,  
создаваемые изделиями медицинской техники

Среднегеометрические частоты октавных полос, кГц	Пиковые значения виброскорости, м/с	Уровень виброскорости, дБ	Интенсивность, Вт/см <sup>2</sup>
16-63	$5 \cdot 10^{-3}$	100	0,03
125-500	$8,9 \cdot 10^{-3}$	105	0,06
$1 \cdot 10^3$ - $31,5 \cdot 10^3$	$1,6 \cdot 10^{-2}$	110	0,1

Таблица 4

Допустимые уровни инфразвука, создаваемые изделиями медицинской техники

Среднегеометрические частоты октавных полос, Гц	2	4	8	16
Уровень звукового давления, дБ	75	70	65	60

Примечание.

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

Таблица 5

Допустимые уровни общей вибрации, создаваемой изделиями медицинской техники, эксплуатируемыми в дневное время суток

Среднегеометрические частоты октавных полос, Гц	Допустимые значения по осям X <sub>0</sub> , Y <sub>0</sub> , Z <sub>0</sub>			
	Виброускорение		Виброскорость	
	10 <sup>-3</sup> м/с <sup>2</sup> x	дБ	10 <sup>-4</sup> м/с x	дБ
2	10,0	80	7,9	84
4	11,0	81	4,5	79
8	14,0	83	2,8	75
16	28,0	89	2,8	75
31,5	56,0	95	2,8	75
63	110,0	101	2,8	75
Действующий скорректированный или эквивалентный скорректированный уровень	10	80	2,8	75

Таблица 6

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

Среднегеометрические частоты октавных полос, Гц	Допустимые значения по осям X <sub>0</sub> , Y <sub>0</sub> , Z <sub>0</sub>			
	Виброускорение		Виброскорость	
	10 <sup>-3</sup> м/с <sup>2</sup> x	дБ	10 <sup>-4</sup> м/с x	дБ
2	4,0	72	3,2	76
4	4,5	73	1,8	71
8	5,6	75	1,1	67
16	11,0	81	1,1	67
31,5	22,0	87	1,1	67
63	45,0	93	1,1	67

Действующий корректированный или эквивалентный корректированный уровень	4,0	72	1,1	67
-------------------------------------------------------------------------------	-----	----	-----	----

Таблица 7

Допустимые уровни локальной вибрации в октавных полосах 8-1000 Гц,  
создаваемые изделиями медицинской техники

Среднегеометрические частоты октавных полос, Гц	Допустимые значения по осям Хл, Ул, Зл			
	Виброускорение		Виброскорость	
	м/с <sup>2</sup>	дБ	м/с x 10 <sup>-3</sup>	дБ
8	0,45	113	8,9	105
16	0,45	113	4,5	99
31,5	0,89	119	4,5	99
63	1,8	125	4,5	99
125	3,5	131	4,5	99
250	7,0	137	4,5	99
500	14,0	143	4,5	99
1000	28,0	149	4,5	99
Действующий корректированный или эквивалентный корректированный уровень	0,63	116	6,3	102

Примечание. При оценке локальной вибрации по величине полного среднеквадратичного значения корректированного виброускорения ( $a_{hv}$ ), уровни контролируемого показателя не должны превышать 0,5 м/с<sup>2</sup>.

Таблица 8

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

Среднегеометрические частоты, Гц	Допустимые значения по осям Хл, Ул, Зл							
	Виброускорение				Виброскорость			
	м/с <sup>2</sup> x 10 <sup>2</sup>		дБ		м/с x 10 <sup>-2</sup>		дБ	
	в 1/3 октаве	в 1/1 октаве	в 1/3 октаве	в 1/1 октаве	в 1/3 октаве	в 1/1 октаве	в 1/3 октаве	в 1/1 октаве
1600	0,282		149		0,282		95	
2000	0,355	0,631	151	156	0,282	0,501	95	100
2500	0,447		153		0,282		95	
3150	0,562		155		0,282		95	
4000	0,708	1,259	157	162	0,282	0,501	95	100
5000	0,891		159		0,282		95	
6300	1,122		161		0,282		95	
8000	1,413	2,512	163	168	0,282	0,501	95	100
10000	1,778		165		0,282		95	

Таблица 9

Допустимые уровни электромагнитных полей диапазона частот 30 кГц-300 ГГц, создаваемые изделиями медицинской техники

Диапазоны частот	30 – 300 кГц	0,3 -3 МГц	3 -30 МГц	30 -300 МГц	0,3 - 300 ГГц
	напряженность электрического поля, В/м				плотность потока энергии, мкВт/см <sup>2</sup>
Допустимые уровни	25	15	10	3	10

Примечания.

Допускается проводить одночисловую оценку напряженности электромагнитного поля, создаваемого изделиями медицинской техники в диапазоне частот от 30 кГц до 300 МГц, при отсутствии превышения допустимого уровня в 3 В/м.

Таблица 10

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

Контролируемый параметр	ПДУ
Напряженность электрического поля, кВ/м	0,5
Напряженность магнитного поля, А/м	4

Таблица 11

Временные допустимые уровни синусоидальных электромагнитных полей диапазона частот свыше 1 Гц до 50 Гц

Контролируемый параметр	Временный допустимый уровень
Напряженность электрического поля, кВ/м	25/ f <sup>1)</sup>
Индукция магнитного поля, мкТл	250/ f <sup>1)</sup>

Примечание.

f – частота действующего электромагнитного поля

Таблица 12

Временные допустимые уровни синусоидальных электромагнитных полей диапазона частот свыше 50 Гц до 10 кГц и свыше 10 кГц до 30 кГц

Контролируемый параметр	Временный допустимый уровень в диапазоне частот	
	свыше 50 Гц до 10 кГц	свыше 10 кГц до 30 кГц
Напряженность электрического поля, В/м	50	25
Напряженность магнитного поля, А/м	4	-

Таблица 13

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

Контролируемый параметр	ПДУ
Напряженность электрического поля частотой 50 Гц, кВ/м	0,5
Напряженность (индукция) магнитного поля частотой 50 Гц, А/м (мкТл)	4(5)

Таблица 14

Временные допустимые уровни постоянного магнитного поля

Вид воздействия	Временные допустимый уровень магнитной индукции, мТл
Общее	1,0
Локальное	1,5

<sup>1)</sup>Примечание. Временные допустимые уровни ПМП установлены с учетом возможности действия фактора на отдельные особо важные участки и части тела человека (например, область сердца, голова и др.) при эксплуатации некоторых ИМТ, предназначенных для использования населением без специального контроля времени применения (например, магнитные стимуляторы, слуховые аппараты специальной конструкции и т.п.).

Таблица 15

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

Контролируемый параметр	Временный допустимый уровень
Индукция импульсного магнитного поля с частотой следования импульсов свыше 0 Гц до 100 Гц, мТл	0,175

Таблица 16

Допустимые уровни напряженности электростатического поля при работе изделий медицинской техники и электризуемости используемых материалов

Контролируемый параметр	ПДУ
Напряженность электростатического поля, кВ/м	15
Электростатический потенциал, В	500
Электризуемость материалов (по показателю напряженности электростатического поля), кВ/м	7

Таблица 17

Временные допустимые уровни электромагнитных полей, создаваемых изделиями медицинской техники, оснащенными видеодисплейными терминалами

Наименование параметра		ВДУ ЭМП
Напряженность электрического поля	в диапазоне частот 5 Гц - 2 кГц	25 В/м
	в диапазоне частот 2 кГц - 400 кГц	2,5 В/м
Плотность магнитного потока	в диапазоне частот 5 Гц - 2 кГц	250 нТл
	в диапазоне частот 2 кГц - 400 кГц	25 нТл
Электростатический потенциал экрана видеомонитора или напряженность электростатического поля		500 В 15 кВ/м

Таблица 18

Допустимые визуальные параметры устройств отображения информации  
изделий медицинской техники

Параметры	Допустимые значения
Яркость белого поля	Не менее 35 кд/м <sup>2</sup>
Неравномерность яркости рабочего поля	Не более ± 20%
Контрастность (для монохромного режима)	Не менее 3:1
Временная нестабильность изображения (непреднамеренное изменение во времени яркости изображения на экране дисплея)	Не должна фиксироваться

Таблица 19

Допустимые уровни излучений видимого и инфракрасного диапазонов от  
экранов изделий медицинской техники

Вид изделий	Спектральный диапазон	Длина волны, нм	Допустимая интенсивность излучения, Вт/м <sup>2</sup>
Экраны видеомониторов, осциллографы приборов, плазменные панели приборов	Видимый	400—760	0,1
	Ближний ИК диапазон	760—1050	0,05
	ИК диапазон	Свыше 1050	4

Таблица 20

Допустимые параметры микроклимата в основных помещениях,  
предназначенных для эксплуатации изделий медицинской техники<sup>1)</sup>

Параметры микроклимата	Допустимые значения
Температура воздуха, °С	
в холодный период года	22–24
в теплый период года	21–23
Относительная влажность воздуха, %	30-60
Скорость движения воздуха м/с, не более	0,2

Примечание. Работа изделий медицинской техники не должна сопровождаться изменением параметров микроклимата, выходящими за пределы допустимых значений, указанных в таблице П.10.20.

Таблица 21

Допустимая максимальная температура рукояток и поверхностей  
изделий медицинской техники, предназначенных для контакта пользователя

Материал	Температура поверхностей (°С) при продолжительности контакта		
	не более 1 мин.	не более 10 мин.	Без ограничения времени
Непокрытый металл	51	43	40
Покрытый металл	51	43	40
Керамика, стекло, камень	56	43	40
Пластик	60	43	40
Дерево	60	43	40

Примечания.

1) Оптимальным является диапазон температур от 25,0 до 40,0°С без ограничения продолжительности контакта

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



Таблица 22

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

Место измерения	Температура поверхностей, °С, не менее
Рукоятки инструментов и других поверхностей изделий медицинской техники, предназначенных для контакта пользователя,	15-19
То же для вибрирующего оборудования	21,5

Таблица 23

Допустимая интенсивность теплового облучения от изделий медицинской техники

Облучаемая поверхность тела, %	Интенсивность теплового облучения, Вт/м <sup>2</sup>
50 и более	35
25 - 50	70
Не более 25	100

Примечание.

1) Интенсивность теплового облучения, создаваемая светильниками хирургическими и другими осветительными приборами на уровне головы человека, не должна превышать 60 Вт/м<sup>2</sup>.

Таблица 24

Допустимые уровни оптического излучения видимого диапазона изделий медицинской техники

Параметры оптического излучения	Допустимые значения, не более
Яркость светящихся поверхностей, кд/м <sup>2</sup> .	200
Яркость источников света от светостимуляторов (светодиодов), предназначенных для непосредственного воздействия на глаза, кд/м <sup>2</sup>	20
Мощность излучения в максимуме рабочего импульса, мВт	0,5
Показатель ослепленности (для оборудования, предназначенного для выполнения зрительных работ), усл.ед.:	
I-II разряда	20
III, IV, V, VI, VII, VIIa разрядов	40
Коэффициент пульсации освещенности, Кп, %	5

Таблица 25

Допустимые уровни ультрафиолетового излучения, создаваемого изделиями медицинской техники различного назначения<sup>1)</sup>

Вид изделий	Спектральный диапазон длин волн, нм	Допустимая интенсивность облучения, Вт/м <sup>2</sup>
Изделия облучательного действия, физиотерапевтическое оборудование <sup>2)</sup>	свыше 315 до 400	10
	свыше 280 до 315	1,9
	свыше 200 до 280	Не допускается
Изделия профилактического назначения, генерирующие УФ-излучение, установки фототерапии, инкубаторы для новорожденных, косметологическое оборудование, приборы для ухода за кожей ультрафиолетовым излучением, эритемные светильники <sup>3)</sup>	свыше 315 до 400	1,0
	свыше 280 до 315	0,05
	свыше 200 до 280	Не допускается
Для изделий всех видов применения (в том числе лампы люминесцентные, галогенные в составе осветительных приборов, полимеризационные стоматологические и пр.)	свыше 280 до 400	0,03
	свыше 200 до 280	Не допускается

Примечания.

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

2) для кратковременного использования с регламентацией времени эксплуатации, с учетом площади облучаемой поверхности и с применением средств индивидуальной защиты;

3) при регламентации времени эксплуатации, с учетом площади облучаемой поверхности и с применением средств индивидуальной защиты.

Таблица 26

Характеристика классов опасности лазерных изделий медицинской техники

Классы опасности	Степень опасности, описание риска			
	Коллимированное излучение		Диффузно отраженное излучение на расстоянии 10 см от отражающей поверхности	
	Глаз	Кожа	Глаз	Кожа
I	Безопасно	Безопасно	Безопасно	Безопасно
II	Выходное излучение представляет опасность	Опасность при облучении кожи существует только в I и III спектральных диапазонах	Безопасно	Безопасно
III (распространяется только на лазеры, генерирующие излучение во II спектральном диапазоне— свыше 380 до 1400 нм)	Выходное излучение представляет опасность	Выходное излучение представляет опасность	Выходное излучение представляет опасность	Безопасно
IV	Выходное излучение представляет	Выходное излучение представляет опасность	Выходное излучение представляет	Выходное излучение представляет

	опасность		опасность	опасность
--	-----------	--	-----------	-----------

Таблица 27

**Допустимые концентрации аэроионов,  
создаваемые изделиями медицинской техники**

Допустимые концентрации аэроионов, ион/см <sup>3</sup>		Коэффициент униполярности
Положительные	Отрицательные	
400-50000	600-50000	0,4<У<1,0

Таблица 28

**Допустимые параметры воздушной среды в бароаппаратах**

Параметры воздушной среды	Допустимые значения
Температура воздуха, °С	от 20 до 26 <sup>1)</sup>
Относительная влажность воздуха, %	от 65 до 85
Концентрация СО <sub>2</sub> , %, не более	0,3
Вентилируемость, м <sup>3</sup> /ч, не менее	14
Кратность воздухообмена (для воздушных бароаппаратов), не менее	10

Примечание.

<sup>1)</sup> Допускается кратковременное - до 10 мин., снижение температуры ниже 20°С на режимах декомпрессии и повышение выше 26°С – на режимах компрессии.

**ГИГИЕНИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ МАТЕРИАЛОВ ИЗДЕЛИЙ  
МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ**

Таблица 29

**Гигиенические показатели и нормативы веществ, выделяющихся из  
материалов  
изделий медицинского назначения<sup>1)</sup>**

Наименование материала, изделия	Контролируемые показатели	ДКМ, мг/л	ПДК, ОБУВ хим. в-в в питьевой воде, мг/л	Класс опасности	ПДКсс мг/м <sup>3</sup>	ОБУВ а.в., мг/м <sup>3</sup>	Класс опасности
1	2	3	4	5	6	7	8
<b>1. Полимерные материалы и пластические массы на их основе</b>							
1.1. Полиэтилен (ПЭВД, ПЭНД), полипропилен, сополимеры пропиленас этиленом, полибутилен, полиизобутилен, комбинированные материалы на основе полиолефинов	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
	ацетальдегид	-	0,2	4	0,01	-	3
	спирты:						
	метиловый	-	0,2	2	0,5	-	3
	пропиловый	-	0,1	4	0,3	-	3
	изопропиловый	-	0,1	4	0,6	-	3

1.2. Полистирольные пластики							
полистирол (блочный, суспензионный, ударопрочный)	стирол	-	0,01	2	0,002		2
	спирты:						
	метиловый	-	0,2	2	0,5	-	3
	бутиловый	-	0,5	2	0,1	-	3
сополимер стирола с акрилонитрилом	стирол	-	0,01	2	0,002	-	2
	акрилонитрил	-	0,02	2	0,03	-	2
	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
	бензальдегид	-	0,003	4	0,04	-	3
АБС-пластики	стирол	-	0,01	2	0,002	-	2
	акрилонитрил	-	0,02	2	0,03	-	2
	$\alpha$ -метилстирол	-	0,1	3	0,04	-	3
	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
сополимер стирола с метилметакрилатом	стирол	-	0,01	2	0,002	-	2
	метилметакрилат	-	0,25	2	0,01	-	3
	спирт метиловый	-	0,2	2	0,5	-	3
	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
сополимер стирола с метилметакрилатом и акрилонитрилом	стирол	-	0,01	2	0,002	-	2
	метилметакрилат	-	0,25	2	0,01	-	3
	акрилонитрил	-	0,02	2	0,03	-	2
	спирт метиловый	-	0,2	2	0,5	-	3
	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
сополимер стирола с $\alpha$ -метилстиролом	стирол	-	0,01	2	0,002	-	2
	$\alpha$ -метилстирол	-	0,1	3	0,04	-	3
	бензальдегид	-	0,003	4	0,04	-	3
	ацетофенон	-	0,1	3	0,003	-	3
сополимеры стирола с бутадиеном	стирол	-	0,01	2	0,002	-	2
	1,3-бутадиен	-	0,05	4	1,0	-	4
	ацетальдегид	-	0,2	4	0,01	-	3
	ацетон	-	0,1	3	0,35	-	4
	спирты:						
	метиловый	-	0,2	2	0,5	-	3
вспененные полистиролы	стирол	-	0,01	2	0,002	-	2
	спирт метиловый	-	0,2	2	0,5	-	3
	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
1.3. Поливинилхлоридные пластики							
жесткий ПВХ	винил хлористый	-	0,01	2	0,01		1
	ацетальдегид	-	0,2	4	0,01	-	3
	ацетон	-	0,1	3	0,35	-	4
	спирты:						
	метиловый	-	0,2	2	0,5	-	3
	пропиловый	-	0,1	4	0,3	-	3

	изопропиловый	-	0,1	4	0,6	-	3
	бутиловый	-	0,5	2	0,1	-	3
	изобутиловый	-	0,5	2	0,1	-	4
	бензол	-	0,01	1	0,1	-	2
	толуол	-	0,5	4	0,6	-	3
	цинк	-	1,0	3	-	-	-
	олово	2,0	-	3	-	-	-
пластифицированный ПВХ, дополнительно к показателям, указанным для жесткого ПВХ следует определять	диоктилфталат	-	2,0	3	-	0,02	-
	дидодецилфталат	-	2,0	3	-	0,1	-
	диизододецилфталат	-	2,0	3	-	0,03	-
	дибутилфталат	-	0,2	3	-	-	-
	диэтиленгликоль	-	1,0	3	0,2	-	4
ПВХ-волокна (хлорин, волокна на основе перхлорвинила), дополнительно к показателям, указанным для жесткого ПВХ, следует определять	хлористый водород	-	-	-	0,1	-	2
	диметилформамид	-	10,0	4	0,03	-	2
	дихлорметан (метиленхлорид)	-	0,02	1	8,8	-	4
	1,2-дихлорэтан	-	0,02	2	1	-	2
	хлористый водород	-	-	-	0,1	-	2
	хлорорганические соединения (конкретные вещества определять по рецептуре)	-	-	-	-	-	-
	1.4. Поливинилспиртовые (ПВС, виол)	винил хлористый формальдегид	-	0,01	2	0,01	-
1.5. Полимеры на основе винилацетата и его производных: поливинилацетат, поливиниловый спирт, сополимерная дисперсия винилацетата с дибутилмалеинатом	винилацетат	-	0,2	2	0,15	-	3
	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
	ацетальдегид	-	0,2	4	0,01	-	3
	гексан	-	0,1	4	-	-	-
	гептан	-	0,1	4	-	-	-
1.6. Полиакрилаты	акрилонитрил	-	0,02	2	0,03	-	2
	метилакрилат	-	0,02	4	0,01	-	4
	метилметакрилат	-	0,25	2	0,01	-	3
	бутилакрилат	-	0,01	4	0,0075	-	2
	гексан	-	0,1	4	-	-	-
	гептан	-	0,1	4	-	-	-
1.7. Полиакрилонитриль-	акрилонитрил	-	0,02	2	0,03	-	2
	метилакрилат	-	0,02	4	0,01	-	4

ные волокна (ПАН, нитрон, др.)	метилметилакрилат	-	0,25	2	0,01	-	3
	диметилформамид	-	10,0	4	0,03	-	2
	винилацетат	-	0,2	2	0,15	-	3
1.8. Полиорганосилаксаны (силиконы) при наличии фенильной группы	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
	ацетальдегид	-	0,2	4	0,01	-	3
	спирты:						
	метилловый	-	0,2	2	0,5	-	3
	бутиловый	-	0,5	2	0,1	-	3
	бензол	-	0,01	1	0,1	-	2
	фенол	-	0,05	4	0,003	-	2
1.9. Полиамиды:							
полиамид (поликапроамид, капрон, анид)	6 Е-капролактam	-	0,5	4	0,06	-	3
	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
	фенол	-	0,05	4	0,003	-	2
	бензол	-	0,01	1	0,1	-	2
полиамид (полигексаметилен-адипамид, найлон)	6б, гексаметилендиамин	-	0,01	2	0,001	-	2
	спирт метилловый	-	0,2	1	0,5	-	3
	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
	бензол	-	0,01	1	0,1	-	2
полиамид (полигексаметилен-себацинамид)	610 гексаметилендиамин	-	0,01	2	0,001	-	2
	спирт метилловый	-	0,2	2	0,5	-	3
	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
	бензол	-	0,01	1	0,1	-	2
полиакриламид	акриламид	-	0,0001	1	-	0,005	-
	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
1.10. Полиуретаны (спандекс, др.)	этиленгликоль	-	1,0	3	-	1,0	-
	ацетальдегид	-	0,2	4	0,01	-	3
	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
	ацетон	-	0,1	3	0,35	-	4
	спирты:						
	метилловый	-	0,2	2	0,5	-	3
	пропиловый	-	0,1	4	0,3	-	3
	изопропиловый	-	0,1	4	0,6	-	3
	бензол	-	0,01	1	0,1	-	2
	толуол	-	0,5	4	0,6	-	3
1.11. Полиэферы:							
полиэтиленоксид	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
	ацетальдегид	-	0,2	4	0,01	-	3
полипропиленоксид	метилацетат	-	0,1	3	0,07	-	4
	ацетон	-	0,1	3	0,35	-	4
	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
	ацетальдегид	-	0,2	4	0,01	-	3

политетраметиленоксид	пропиловый спирт	-	0,1	4	0,3	-	3
	ацетальдегид	-	0,2	4	0,01	-	3
	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
полифениленоксид	фенол	-	0,05	4	0,003	-	2
	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
	спирт метиловый	-	0,2	2	0,5	-	3
полиэтилентерефталат и сополимеры на основе терефталевой кислоты (лавсан, дакрон, дагрофил)	ацетальдегид	-	0,2	4	0,01	-	3
	этиленгликоль	-	1,0	3	-	1,0	-
	диметилтерефталат	-	1,5	4	0,05	-	2
	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
	спирты:						
	метиловый	-	0,2	2	0,5	-	3
	бутиловый	-	0,5	2	0,1	-	3
	изобутиловый	-	0,5	2	0,1	-	4
	ацетон	-	0,1	3	0,35	-	4
поликарбонат	фенол	-	0,05	4	0,003	-	2
	дифенилолпропан	-	0,01	4	-	0,04	-
	метиленхлорид (дихлорметан)	-	0,02	1	8,8	-	4
	хлорбензол	-	0,02	3	0,1	-	3
полисульфон	дифенилолпропан	-	0,01	4	-	0,04	-
	фенол	-	0,05	4	0,003	-	2
	бензол	-	0,01	1	0,1	-	2
полифениленсульфид	фенол	-	0,05	4	0,003	-	2
	ацетальдегид	-	0,2	4	0,01	-	3
	спирт метиловый	-	0,2	2	0,5	-	3
	дихлорбензол	-	0,002	3	-	0,03	-
	бор (В)	-	0,5	2	-	-	-
при использовании в качестве связующего:							
фенолоформальдегидных смол	фенол	-	0,05	4	0,003	-	2
	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
кремнийорганических смол	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
	ацетальдегид	-	0,2	4	0,01	-	3
	фенол	-	0,05	4	0,003	-	2
	спирты:						
	метиловый	-	0,2	2	0,5	-	3
	бутиловый	-	0,5	2	0,1	-	3
эпоксидных смол	эпихлоргидрин	-	0,1	2	0,2	-	2
	Фенол	-	0,05	4	0,003	-	2
	дифенилолпропан	-	0,01	4	-	0,04	-
	формальдегид	-	0,1	2	0,003		2

1.12. Фторопласты: фторопласт-3, фторопласт-4, тефлон, полифен	фтор-ион (суммарно)	-	0,5	2	-	-	-
	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
	ацетальдегид	-	0,2	4	0,01	-	3
	цинк	-	1,0	3	-	-	-
	гексан	-	0,1	4	-	-	-
	гептан	-	0,1	4	-	-	-
1.13. Пластмассы на основе фенолоальдегидных смола (фенопласты)	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
	ацетальдегид	-	0,2	4	0,01	-	3
	фенол	-	0,05	4	0,003	-	2
1.14. Полиформальдегид	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
	ацетальдегид	-	0,2	4	0,01	-	3
1.15. Аминопласты (массы пресованные карбамидо- и меламиноформальдегид ные)	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
1.16. Полимерные материалы на основе эпоксидных смола	эпихлоргидрин	-	0,1	2	0,2	-	2
	фенол	-	0,05	4	0,003	-	2
	дифенилолпропан	-	0,01	4	-	0,04	-
	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
1.17. Иономерные смола, в т. ч. серлин	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
	ацетальдегид	-	0,2	4	0,01	-	3
	ацетон	-	0,1	3	0,35	-	4
	спирт метиловый	-	0,2	2	0,5	-	3
	цинк	-	1,0	3	-	-	-
1.18. Целлюлоза	этилацетат	-	0,1	2	0,1	-	4
	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
	бензол	-	0,01	1	0,1	-	2
	ацетон	-	0,1	3	0,35	-	4
1.19. Эфирцеллюлозные пластмассы (этрола)	этилацетат	-	0,1	2	0,1	-	4
	ацетальдегид	-	0,2	4	0,01	-	3
	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
	спирты:						
	метиловый	-	0,2	2	0,5	-	3
	изобутиловый	-	0,5	2	0,1	-	4
	ацетон	-	0,1	3	0,35	-	4
1.20. Коллаген (биополимер)	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
	ацетальдегид	-	0,2	4	0,01	-	3
	этилацетат	-	0,1	2	0,1	-	4
	бутилацетат	-	0,1	4	0,1	-	4
	ацетон	-	0,1	3	0,35	-	4
	спирты:						
	метиловый	-	0,2	2	0,5	-	3
	пропиловый	-	0,1	4	0,3	-	3
	изопропиловый	-	0,1	4	0,6	-	3
бутиловый	-	0,5	2	0,1	-	3	



	изобутиловый	-	0,5	2	0,1	-	4
2. Полимерные стоматологические композиции (с учетом состава материалов)	метилакрилат	-	0,02	4	0,01	-	4
	метилметакрилат	-	0,25	2	0,01	-	3
	бутилакрилат	-	0,01	4	0,0075	-	2
	дифенилолпропан	-	0,01	4	-	0,04	-
	эпихлоргидрин	-	0,1	2	0,2	-	2
	цинк	-	1,0	3	-	-	-
3. Резины, латексы на основе:							
3.1. Каучук натуральный (смокешит, светлый креп)	Перечень контролируемых веществ определяется, исходя из рецептуры						
3.2. Синтетические каучуки							
бутиловый (БК), хлорбутиловый (НТ)	изобутилен	-	0,5	3	10	-	4
	изопрен	-	0,01	4	0,5	-	3
изопреновый (СКИ, СКИЛ)	изопрен	-	0,01	4	0,5	-	3
хлоропреновый (наирит)	хлоропрен	-	0,01	2	0,002	-	2
бутадиеновый (СКД-ЛР), бутадиеновый (СКБ)	1,3-бутадиен	-	0,05	4	1,0	-	4
бутадиеннитрильные разных марок (СКН, СКД, др.)	1,3-бутадиен	-	0,05	4	1,0	-	4
	акрилонитрил	-	0,02	2	0,03	-	2
бутадиенстирольные (СКС, СРС, др.)	1,3-бутадиен	-	0,05	4	1,0	-	4
	стирол	-	0,01	2	0,002	-	2
бутадиенметилстирольные (СКМС, СРСМ, др.)	1,3-бутадиен	-	0,05	4	1,0	-	4
	$\alpha$ -метилстирол	-	0,1	3	0,04	-	3
полиуретановый	1,3-бутадиен	-	0,05	4	1,0	-	4
3.3. Латексы							
натуральный, изопреновый	изопрен	-	0,01	4	0,5	-	3
на основе бутилкаучука	изобутилен	-	0,5	3	10	-	4
	изопрен	-	0,01	4	0,5	-	3
бутадиенстирольный и стиролбутадиеновый	1,3-бутадиен	-	0,05	4	1,0	-	4
	стирол	-	0,01	2	0,002	-	2
бутадиеннитрильный	1,3-бутадиен	-	0,05	4	1,0	-	4
	акрилонитрил	-	0,02	2	0,03	-	2
хлоропреновый (неопреновый)	хлоропрен	-	0,01	2	0,002	-	2
поливинилхлоридный	винил хлористый	-	0,01	2	0,01	-	1
	ацетальдегид	-	0,2	4	0,01	-	3
	ацетон	-	0,1	3	0,35	-	4

карбоксилатные, в зависимости от состава	1,3-бутадиен	-	0,05	4	1,0	-	4
	стирол	-	0,01	2	0,002	-	2
	акрилонитрил	-	0,02	2	0,03	-	2
	акриловая кислота	-	0,5	2	0,04	-	3
	метакриловая кислота	-	1,0	3	0,2	-	4
полистирольный	стирол	-	0,01	2	0,002	-	2
	спирты:						
	метиловый	-	0,2	2	0,5	-	3
	бутиловый	-	0,5	2	0,1	-	3
полиуретановый	1,3-бутадиен	-	0,05	4	1,0	-	4
3.4. Резины рентгеноконт-растные с использованием в качестве наполнителя окислов свинца или бария на основе каучуков:	свинец	-	0,03	2	-	-	-
	барий	-	0,1	2	-	-	-
бутадиеннитрильных	1,3-бутадиен	-	0,05	4	1,0	-	4
	акрилонитрил	-	0,02	2	0,03	-	2
бутадиенстирольных	1,3-бутадиен	-	0,05	4	1,0	-	4
	стирол	-	0,01	2	0,002	-	2
глет свинцовый (допускается только для изготовления рентгеноконтрастных резин)	свинец	-	0,03	2	-	-	-
Тканевая и нетканевая основы резиновых и латексных материалов	Перечень контролируемых веществ определяется, исходя из состава материалов						
3.5. Во всех резинах и латексах, в том числе: в резинах и латексах с неизвестной рецептурой	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
	цинк	-	1,0	3	-	-	-
3.6. В зависимости от состава резин и латексов должны контролироваться:							
Вулканизирующие агенты и ускорители вулканизации							
тиурам Д для укупорочных пробок и резин, контактирующих с	тетрамилтиурам-дисульфид	-	0,05	2	0,02	-	3

кровью для прочих изделий		0,5	-	-	-	-	-
тиурам Е для резины, контактирующих с кровью для прочих изделий	тетраэтилтиурам- дисульфид	-	0,05	3	0,03	-	3
тиурам ЭФ	диэтилдифенилтиу- рам-дисульфид	1,0	-	-	-	-	-
цимат для резины, контактирующих с кровью для прочих изделий	диметилдитиокарба- мат цинка	0,05	-	-	-	-	-
этилцимат для резины, контактирующих с кровью для прочих изделий	диэтилдитиокарба- мат цинка	0,05	-	-	-	-	-
этилфенилдитиокарба- мат цинка	этилфенилдитиока- рба-мат цинка	1,0	-	-	-	-	-
дифенилгуанидин для изделий, контактирующих с кожей для прочих изделий	дифенилгуанидин	0,5	-	-	-	0,005	-
альтакс	2,2- добензтиазолдисул- фид	-	0,4	3	0,03	-	3
каптакс	2- меркаптобензти- азол	-	0,4	4	0,012	-	3
сульфенамид Ц	циклогексил-2- бензтиазолсуль- фенамид	-	0,4	4	0,2	-	4
суммарная миг-рация веществ класса тиазолов		0,4	-	-	-	-	-
Противостарители							
агидол-2	2,2-метилен-бис(4- метил-6-трет- бутил-фенол	2,0	-	-	-	-	-
агидол-40	2,4,6-трис-(3,5-ди-	1,0	-	-	-	-	-

неозон Д (нафтам-2)	трет-бутил-4-окси-бензил)-мезитилен фенил-2-нафтиламин	0,2	-	-	-	0,03	-
Активаторы ускорителей							
белила цинковые	цинк	-	1,0	3	-	-	-
Наполнители							
аэросил	кремний	-	10,0	2	-	-	-
барий серноокислый и углекислый	барий	-	0,1	2	-	-	-
литопон	барий	-	0,1	2	-	-	-
	цинк	-	1,0	3	-	-	-
Мягчители и пластификаторы							
масло индустри-альное, масло-мяг-читель (нетоксол)	бензол	-	0,01	1	0,1	-	2
	толуол	-	0,5	4	0,6	-	3
полиэтилен низкомолекулярный	этилен	-	0,5	3	3,0	-	3
полипропилен атактический (АПП)	пропилен	-	0,5	3	3,0	-	3
кислота стеа-риновая (стеарин)	кислота стеариновая	0,25	-	4	-	-	-
дибутилфталат	дибутилфталат	-	0,2	3	-	-	-
диоктилфталат	диоктилфталат	-	2,0	3	-	0,02	-
ренацит (цинковая соль пентахлор-тиофенола)	хлорфенол	-	0,001	4	-	-	-
	цинк	-	1,0	3	-	-	-
синтетические жирные кислоты (в зависимости от состава)	капроновая кислота	-	-	-	0,005	-	3
	метакриловая кислота	-	1,0	3	0,01	-	3
	олеиновая кислота	-	0,5	4	-	0,1	-
Поверхностно-активные вещества (эмульгаторы, диспергаторы, стабилизаторы), в зависимости от состава							
олеиновая кислота	олеиновая кислота	-	0,5	4	-	0,1	-
Стабилизаторы силиконовых смесей							
диолаы НД-8 (α,ω-дигидроксиполи-диметилсилоксаны)	полиметилгидроксиси-локсан	-	2,0	4	-	-	-
Вещества, регулирующие рН латексных смесей							
аммиак водный	аммиак и аммоний ион	-	1,5	4	2,0	-	4

Вспомогательные вещества							
бензин	бензол	-	0,01	1	0,1	-	2
	толуол	-	0,5	4	0,6	-	3
ксилол	ксилол	-	0,05	3	0,2	-	3
толуол	толуол	-	0,5	4	0,6	-	3
натрий карбокси-метилцеллюлоза	карбокси-метилцеллюлоза натрия натриевая соль	-	2,0	3	-	-	-
полиэтиленовая пленка	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
	ацетальдегид	-	0,2	4	0,01	-	3
	спирт метиловый	-	0,2	2	0,5	-	3
триэтаноламин	триэтаноламин	-	1,0	4	-	0,04	-
цинк углекислый	цинк	-	1,0	3	-	-	-
4. Материалы из натурального волокна (окрашенные, отбеленные и т.п.); контроль красителей, пигментов проводить по п.6 настоящей таблицы	суммарно по пестицидам: пентахлорфенол	-	0,05	2	-	0,02	-
	остаточный активный хлор	не допуска-ется	-	-	-	-	-
	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
5. Материалы на основе искусственного волокна							
вискозные, ацетатные на основе целлюлозы	сероуглерод	-	1,0	4	0,005	-	2
	аммиак	-	1,5	4	2,0	-	4
	уксусная кислота	-	1,0	4	0,06	-	3
	ацетон	-	0,1	3	0,35	-	4
	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
6. Бумага, картон, пергамент, подпергамент							
6.1. Бумага	этилацетат	-	0,1	2	0,1	-	4
	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
	ацетальдегид	-	0,2	4	0,01	-	3
	ацетон	-	0,1	3	0,35	-	4
	спирты:						
	метиловый	-	0,2	2	0,5	-	3
	бутиловый	-	0,5	2	0,1	-	3
	бензол	-	0,01	1	0,1	-	2
	толуол	-	0,5	4	0,6	-	3
	свинец	-	0,03	2	-	-	-
	цинк	-	1,0	3	-	-	-
	мышьяк	-	0,05	2	-	-	-
	хром (по Cr <sup>6+</sup> )	-	0,05	3	-	-	-
6.2. Бумага парафинированная	гексан	-	0,1	4	-	-	-
	гептан	-	0,1	4	-	-	-

дополнительно показателям, указанным для бумаги, следует определять	к бенз(а)пирен	не допуска-ется	-	-	-	-	-
6.3. Картон	этилацетат	-	0,1	2	0,1	-	4
	бутилацетат	-	0,1	4	0,1	-	4
	ацетальдегид	-	0,2	4	0,01	-	3
	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
	ацетон	-	0,1	3	0,35	-	4
	спирты:						
	метиловый	-	0,2	2	0,5	-	3
	изопропиловый	-	0,1	4	0,6	-	3
	бутиловый	-	0,5	2	0,1	-	3
	изобутиловый	-	0,5	2	0,1	-	4
	бензол	-	0,01	1	0,1	-	2
	толуол	-	0,5	4	0,6	-	3
	ксилолы (смесь изомеров)	-	0,05	3	0,2	-	3
	свинец	-	0,03	2	-	-	-
	цинк	-	1,0	3	-	-	-
	мышьяк	-	0,05	2	-	-	-
хром (по Cr <sup>6+</sup> )	-	0,05	3	-	-	-	
картон мелованный дополнительно следует определять	титан	-	0,1	3	-	-	-
	алюминий	-	0,5	2	-	-	-
	барий	-	0,1	2	-	-	-
6.5. Пергамент растительный	этилацетат	-	0,1	2	0,1	-	4
	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
	спирты:						
	метиловый	-	0,2	2	0,5	-	3
	пропиловый	-	0,1	4	0,3	-	3
	изопропиловый	-	0,1	4	0,6	-	3
	бутиловый	-	0,5	2	0,1	-	3
	изобутиловый	-	0,5	2	0,1	-	4
	ацетон	-	0,1	3	0,35	-	4
	свинец	-	0,03	2	-	-	-
	цинк	-	1,0	3	-	-	-
	мышьяк	-	0,05	2	-	-	-
	медь	-	1,0	3	-	-	-
железо	-	0,3		-	-	-	
хром (по Cr <sup>6+</sup> )	-	0,05	3	-	-	-	
4.6. Подпергамент (бумага с добавками, имитирующими свойства пергамента растительного)	кроме указанных выше веществ следует определять:						
	ацетальдегид	-	0,2	4	0,01	-	3
	фенол	-	0,05	4	0,003	-	2
	эпихлоргидрин	-	0,1	2	0,2	-	2
	Е-капролактан	-	0,5	4	0,06	-	3
	бензол	-	0,01	1	0,1	-	2
толуол	-	0,5	4	0,6	-	3	

	ксилолы (смесь изомеров)	-	0,05	3	0,2	-	3
	титан	-	0,1	3	-	-	-
	кадмий	-	0,001	2	-	-	-
6. Красители, пигменты (в зависимости от химического состава)	на основе бензидина	не допускается			не допускается		
	свинец	-	0,03	2	-	-	-
	кадмий	-	0,001	2	-	-	-
	мышьяк	-	0,05	2	-	-	-
	хром (по Cr <sup>6+</sup> )	-	0,05	3	-	-	-
	кобальт	-	0,1	2	-	-	-
	медь	-	1,0	3	-	-	-
	никель	-	0,02	2	-	-	-
	ртуть	-	0,005	1	-	-	-
7. Металлы из полимерных, резиновых, латексных и других материалов, исходя из рецептуры	цинк	-	1,0	3	-	-	-
	свинец	-	0,03	2	-	-	-
	хром (по Cr <sup>6+</sup> )	-	0,05	3	-	-	-
	олово	-	1,0	3	-	-	-
	медь	-	1,0	3	-	-	-
	кадмий	-	0,001	2	-	-	-
	железо	-	0,3	3	-	-	-
	марганец	-	0,1	3	-	-	-
	барий	-	0,1	2	-	-	-
	никель	-	0,02	2	-	-	-

Примечание. 1) Конкретный перечень веществ, подлежащих контролю в модельных средах при оценке материалов и изделий медицинского назначения, может быть уточнен с учетом их состава, назначения и условий эксплуатации.

Таблица 30

### Санитарно-гигиенические интегральные показатели оценки материалов и состояния водных вытяжек из материалов изделий медицинского назначения

Контролируемые показатели, единицы измерения	Допустимые значения
Показатели оценки материалов ИМН	
Запах, баллы	Не более 1
Показатели оценки водных вытяжек из материалов ИМН	
Запах, баллы	0
Привкус <sup>1)</sup> , баллы	0
Мутность, осадок, описательно	не допускается
Изменение цветности	не допускается
Восстановительные примеси, мл 0,02 Н раствора Na <sub>2</sub> S <sub>2</sub> O <sub>3</sub>	не более 1,0
Значение pH, ед. pH	5,5-7,5
Изменение значения pH по сравнению с контролем, ед. pH: - для изделий, контактирующих с кровью - для остальных изделий	в пределах ± 0,5 в пределах ± 1,0
Ультрафиолетовое поглощение в диапазоне длин волн от 220 до 360 нм, ед. О.П.: - для контейнеров для крови - для устройств комплектных эксфузионных, инфузионных и трансфузионных однократного применения - для остальных изделий	не более 0,2 не более 0,1 не более 0,3
Перманганатная окисляемость (ПО), мгО <sub>2</sub> /л <sup>2)</sup>	

-для диализаторов типа ДИП -магистралей кровопроводящих -фильтров крови типа ФК -для оксигенаторов -для изделий из резин, предназначенных для контакта с инъекционными и диффузионными препаратами	не более 1,0 не более 0,5 не более 2,5 не более 2,0 не более 3,0
Бромируемость, мгBr <sub>2</sub> /л <sup>2)</sup> -для диализаторов типа ДИП, магистралей кровопроводящих -фильтров крови типа ФК -для оксигенаторов -для остальных изделий	не более 0,3 не более 6,0 не более 1,0 не более 0,3

Примечание.

1) Показатель определяется при оценке материалов изделий, предназначенных для контакта со слизистыми оболочками полости рта.

2) Показатель определяется при необходимости решения спорных вопросов, при пограничных значениях прочих показателей.



**Токсикологические и клиничко-лабораторные показатели безопасности  
оценки материалов медицинских изделий и водных вытяжек из них и их  
допустимые значения**

	Наименование показателя	Критерии, единицы измерения	Допустимые значения
	Показатели токсикологической оценки водных вытяжек из материалов изделий		
1.1	Раздражающее действие		
1.1.1	Раздражающее действие на кожу	гиперемия, баллы	0
1.1.2	Раздражающее действие на слизистые оболочки	гиперемия, баллы	0
1.2	Показатели острой, подострой и субхронической токсичности при введении в желудок, в брюшину <sup>1)</sup>		
1.2.1	Смертность	гибель животных	отсутствие
1.2.2	Клинические симптомы интоксикации	неопрятность животных (взъерошенность), снижение потребления корма, снижение двигательной активности	отсутствие
1.2.3	Изменение массы тела	достоверные изменения массы тела животных в опытной группе по сравнению с контролем	отсутствие
1.2.4	Массовые коэффициенты <sup>2)</sup> внутренних органов (тимуса, селезенки, печени или др. – в зависимости от состава и назначения материала)	достоверные различия массовых коэффициентов внутренних органов животных в опытной группе, по сравнению с контролем	отсутствие
1.2.5	Макроскопические изменения внутренних органов и тканей	визуальные изменения внутренних органов и тканей	отсутствие
1.3	Показатели острой токсичности при внутрикожном введении	воспалительная реакция кожи, оцениваемая по наличию гиперемии, баллы	0
1.4	Сенсибилизирующее действие	по показателям и критериям п.п.1.4.1-1.4.6	отсутствие
1.4.1	Провокационная внутрикожная проба	количество положительных реакций в виде гиперемии при внутрикожном введении разрешающей дозы водной вытяжки	0
1.4.2	Конъюнктивальный тест	количество положительных реакций в виде гиперемии при нанесении разрешающей дозы водной вытяжки на конъюнктиву	0
1.4.3	Реакция специфической агломерации лейкоцитов (РСАЛ)	показатель РСАЛ – отношение процентов агломерированных лейкоцитов с антигеном и без него в пробах крови животных подопытной группы к контрольной, кратность	от 1,0 до 1,5
1.4.4	Реакция специфического лизиса лейкоцитов (РСЛЛ)	показатель РСЛЛ - процентное отношение разницы абсолютного количества лейкоцитов в пробах крови	не более 10

	Наименование показателя	Критерии, единицы измерения	Допустимые значения
		без антигена и с антигеном к абсолютному их количеству в пробах крови без антигена, %	
1.4.5	Лейкоцитарная формула, количество эозинофилов	количество эозинофилов на 100 клеток, шт.	не более 5
1.4.6	Реакция дегрануляции тучных клеток (РДТК)	показатель реакции РДТК, относительные единицы	не более 1,31 (отрицательный)
1.5	Гемолитический тест	процент гемолиза, %	не более 2
1.6	Пирогенность	суммарное повышение ректальной температуры в группе из 3-х подопытных животных до и после введения водной вытяжки, °С	не более 1,4 (апирогенно)
1.7	Общетоксическое и кожно-раздражающее действие на культуре подвижных клеток in vitro <sup>3)</sup>	процентное отношение суммарной двигательной активности тест-объекта (спермы крупного рогатого скота) в опытной и контрольной пробах (индекс токсичности), %	в пределах 70-120
Показатели оценки безопасности материалов			
2.1	Показатели токсикологической оценки		
2.1.1	Показатели острой, подострой и субхронической токсичности при введении в желудок (для материалов, попадание которых в организм возможно per os) <sup>1)</sup>	малая токсичность при введении в желудок по ГОСТ 12.1.007-76, DL <sub>50</sub> , мг/кг	>5000
		кумулятивное действие	отсутствие
2.1.2	Кожно-резорбтивное действие (для различных форм материалов – жидких, геле-, пастообразных и др.)	неопрятность животных (взъерошенность), снижение потребления корма, снижение двигательной активности	отсутствие
2.1.3	Прочие материалы и показатели	по разделу 1.2 настоящей таблицы, в зависимости от состава и назначения, другие показатели <sup>4)</sup>	
2.2	Клинико-лабораторные показатели		
2.2.1	Компрессный или капельный методы	критерии кожно-раздражающего, сенсибилизирующего и кожно-резорбтивного действия материалов	отсутствие признаков воздействия

Примечания. 1) объем испытаний в конкретных случаях определяется, исходя из состава материалов и назначения изделий; 2) массовый коэффициент – процентное отношение массы органа к массе тела; 3) допускается применение других альтернативных методов оценки материалов с использованием клеточных тест-объектов; 4) для некоторых материалов могут решаться вопросы отдаленных последствий применения, оценка которых должна производиться по утвержденным токсикологическим методикам.

**Микробиологические показатели безопасности материалов и изделий  
медицинского назначения<sup>1)</sup>**

Микробиологические показатели	Допустимые значения
Общее количество мезофильных аэробных и факультативно-анаэробных бактерий (МАФАнМ), КОЕ <sup>2)</sup> в 1 г (см <sup>3</sup> ) продукции	не более 10 <sup>2</sup>
Дрожжи, дрожжеподобные, плесневые грибки, КОЕ <sup>2)</sup> в 1 г (см <sup>3</sup> ) продукции	Отсутствие
Бактерии семейства Enterobacteriaceae в 1 г (см <sup>3</sup> ) продукции	Отсутствие
Патогенные стафилококки в 1 г (см <sup>3</sup> ) продукции	Отсутствие
<i>Pseudomonas-aeruginosa</i>	Отсутствие

Примечания.

1) Требования распространяются на нестерильные изделия.

2) КОЕ - колониобразующих единиц в 1 г или 1 см<sup>3</sup> продукции

**Временные допустимые уровни синусоидальных электромагнитных полей  
диапазона частот свыше 1 Гц до 50 Гц (для условий производственных  
воздействий)**

Контролируемый параметр	Временный допустимый уровень
Напряженность электрического поля, кВ/м	250/ f <sup>1)</sup>
Индукция магнитного поля, мкТл	5000/ f <sup>1)</sup>

Примечание.

f – частота действующего электромагнитного поля

**Временные допустимые уровни синусоидальных электромагнитных полей  
диапазона частот свыше 50 Гц до 10 кГц (для условий производственных  
воздействий)**

Контролируемый параметр	Временный допустимый уровень
Напряженность электрического поля, В/м	500
Напряженность магнитного поля, А/м	50

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

Контролируемый параметр	Временный допустимый уровень
Индукция импульсного магнитного поля с частотой следования импульсов свыше 1 Гц	1,75

до 50 Гц и свыше 50 Гц до 100 Гц, мТл	
---------------------------------------	--

Приложение 8  
к СанПиН 2.1.3.\_\_\_\_-1\_  
УТВЕРЖДЕНЫ

постановлением Главного  
государственного санитарного  
врача Российской Федерации

от \_\_\_\_\_ 20\_\_ №\_\_

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

Таблица 1

№ п/п	Наименование физического фактора	ПДУ	Нормативный документ
1	Напряженность постоянного магнитного поля	10 мТл	СанПиН 2.2.4.1191-03 "Электромагнитные поля в производственных условиях"
2	Напряженность электростатического поля	Устанавливается расчетом в зависимости от времени пребывания персонала на рабочих местах, но не более 60 кВ/м в течение 1 ч или 20 кВ/м в течение рабочего дня	
3	Напряженность переменного магнитного поля 50 Гц	Устанавливается в зависимости от времени пребывания персонала на рабочих местах, но не более 100 мкТл при общем и 1000 мкТл при локальном воздействии в течение рабочего дня	
4	Напряженность переменного электрического поля 50 Гц	Устанавливается расчетом в зависимости от времени пребывания персонала на рабочих местах, но не более 25 кВ/м или 5 кВ/м в течение рабочего дня	
5	Электромагнитное излучение в диапазоне 10 — 30 кГц:	Устанавливается в зависимости от продолжительности воздействия, но не более:	
	напряженность электрического поля	500 В/м в течение рабочего дня	
	напряженность магнитного поля	50 А/м в течение рабочего дня	
6	Энергетическая экспозиция ЭМП в диапазоне от 30 кГц (0,03 МГц) до 300 МГц		
	Энергетическая экспозиция электрического поля при частоте		
	0,03—3 МГц	20000 (В/м) <sup>2</sup> ч	
	3—30 МГц	7000 (В/м) <sup>2</sup> ч	
	30—300 МГц	800 (В/м) <sup>2</sup> ч	
	Энергетическая экспозиция магнитного поля при частоте		
	0,03—3 МГц	200 (А/м) <sup>2</sup> ч	
30—50 МГц	0,72 (А/м) <sup>2</sup> ч		

	Энергетическая экспозиция плотности потока энергии в диапазоне частот 300 МГц - 300 ГГц	200 (мкВт/см <sup>2</sup> )2ч	
7	Интенсивность инфракрасного (теплого) излучения	100 Вт/м <sup>2</sup>	СанПиН 2.2.4.548-96 "Гигиенические требования к микроклимату производственных помещений"
8	Интенсивность ультрафиолетового излучения	50,0 Вт/м <sup>2</sup> (УФ-А) 0,05 Вт/м <sup>2</sup> (УФ-В) не допускается (УФ-С)	СН 4557-88
9	Электромагнитные излучения видеодисплейных терминалов и персональных ЭВМ		СанПиН 2.2.2/2.4.1340-03 "Гигиенические требования к персональным электронно-вычислительным машинам и организации работы"  ГН 2.1.8/2.2.4.2262-07 Предельно допустимые уровни магнитных полей частотой 50 Гц в помещениях жилых, общественных зданий и на селитебных территориях
	Напряженность электрического поля на рабочем месте	25 В/м (в диапазоне частот 5 Гц - 2 кГц) 2,5 В/м (в диапазоне частот 2-400 кГц)	
	Плотность магнитного потока на рабочем месте	250 нТл (в диапазоне частот 5 Гц-2 кГц) 25 нТл (в диапазоне частот 2 – 400 кГц)	
	Напряженность электростатического поля	15кВ/м	
	Фоновые значения электромагнитных полей частотой 50 Гц		
	Электрического поля	500 В/м	
	Магнитного поля	10 мкТл	

Таблица 2

Время воздействия за рабочий день, минуты	Условия воздействия			
	Общее		Локальное	
	ПДУ напряженности, кА/м	ПДУ магнитной индукции, мТл	ПДУ напряженности, кА/м	ПДУ магнитной индукции, мТл
0-10	24	30	40	50
11-60	16	20	24	30
61-480	8	10	12	15

Примечание: при необходимости пребывания персонала в зонах с различной напряженностью (индукцией) ПМП общее время выполнения работ в этих зонах не должно превышать предельно допустимое для зоны с максимальной напряженностью.

Приложение 9  
к СанПиН 2.1.3.\_\_\_\_-1\_

УТВЕРЖДЕНЫ

постановлением Главного  
государственного санитарного  
врача Российской Федерации

от \_\_\_\_\_ 20\_\_ № \_\_

**Допустимые уровни звука медицинской техники  
в помещениях лечебно-профилактических организаций**

таблица 1

Группы изделий медицинской техники	Уровни звукового давления, дБ, в октавных полосах со среднегеометрическими частотами, Гц								Уровни звука, $L_A$ , и эквивалентные уровни звука, $L_{экв}$ , дБА
	63	125	250	500	1000	2000	4000	8000	
I	71	61	54	49	45	42	40	38	50
II	75	66	59	54	50	47	45	43	55
III	79	70	63	58	55	52	50	49	60

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

Поправки на время воздействия шума.

Таблица 2

	Время, час										
	8	7	6	5	4	3	2	1	0,5	15 мин.	5 мин.
Поправка дБА, дБ	0	0,5	1,2	2	3	4,2	6	9	12	15	20



Приложение 10  
к СанПиН 2.1.3.\_\_\_\_-1\_

УТВЕРЖДЕНЫ

постановлением Главного  
государственного санитарного  
врача Российской Федерации

от \_\_\_\_\_ 20\_\_ № \_\_

**Предельно допустимые уровни звука и эквивалентные уровни звука на  
рабочих местах для трудовой деятельности разных категорий тяжести и  
напряженности, дБА**

Категории напряженности трудоого процесса	Категории тяжести трудового процесса				
	легкая физическая нагрузка	средняя физическая нагрузка	тяжелый труд степени	тяжелый труд степени 2	тяжелый труд степени 3
1	2	3	4	5	6
Напряженность легкой степени	80	80	75	75	75
Напряженность средней степени	70	70	65	65	65
Напряженный труд 1 степени	60	60	-	-	-
Напряженный труд 2 степени	50	50	-	-	-
Примечание. Категория тяжести и напряженности трудового процесса устанавливается по Руководству Р 2.2.2006-05 "Руководство по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса. Критерии и классификация условий труда"					

Приложение 11  
к СанПиН 2.1.3.\_\_\_\_-1\_

УТВЕРЖДЕНЫ

постановлением Главного  
государственного санитарного  
врача Российской Федерации

от \_\_\_\_\_ 20\_\_ № \_\_

**Предельно допустимые уровни воздушного ультразвука на рабочих  
местах**

Среднегеометрические частоты октавных полос, кГц	Уровни звукового давления, дБ
12,5	80
16,0	90
20,0	100
25,0	105
31,5—100,0	110

Приложение 12  
к СанПиН 2.1.3.\_\_\_\_-1\_

УТВЕРЖДЕНЫ

постановлением Главного  
государственного санитарного  
врача Российской Федерации

от \_\_\_\_\_ 20\_\_ № \_\_

**Перечень регистрируемых нозологических форм  
инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи**

	Наименование заболевания	Шифр по МКБ-10
	<i>Гнойно-воспалительные инфекции новорожденных, из них:</i>	
1.	бактериальный менингит	G00
2..	бактериальный сепсис новорожденного	P36
3.	омфалит	P38
4.	неонатальный инфекционный мастит	P39.0
5.	конъюнктивит и дакриоцистит	P39.1
6.	неонатальная инфекция мочевых путей	P39.3
7.	неонатальная инфекция кожных покровов, пиодермия новорожденных	P39.4
8.	другая уточненная инфекция кожи, специфичная для перинатального периода	P39.8
9.	инфекция, специфичная для перинатального периода, неуточненная	P39.9
10.	Перитонит	P78.1
11.	пузырчатка новорожденного	L00
12.	Импетиго	L01
13.	абсцесс кожи, фурункул и карбункул	L02
14.	Флегмона	L03
15.	Остеомиелит	M86.0,1,2,8,9
16.	негнойный средний отит	H65
17.	Гнойный и неуточненный средний отит	H66
18.	Пневмонии	J12- J18
19.	врожденная пневмония	P23
20.	врожденные вирусные инфекции	P35
21.	синдром врожденной краснухи	P35.0
22.	врожденная цитомегаловирусная инфекция	P35.1
23.	врожденная инфекция, вызванная вирусом простого герпеса	P35.2
24.	врожденный вирусный гепатит	P35.3
25.	другие врожденные вирусные инфекции	P35.8

26.	бактериальный сепсис новорожденного	P36
27.	другие врожденные инфекционные и паразитарные болезни, в том числе:	P37
28.	врожденный туберкулез	P37.0
29.	врожденный токсоплазмоз	P37.1
30.	неонатальный (диссеминированный) листериоз	P37.2
31.	врожденная малярия, вызванная <i>Pl.falciparum</i>	P37.3
32.	другая врожденная малярия	P37.4
33.	кандидоз новорожденного	P37.5
34.	другие уточненные врожденные инфекционные и паразитарные болезни	P37.8
35.	другая уточненная инфекция, специфичная для перинатального периода	P39.8
36.	инфекция, специфичная для перинатального периода, неуточненная	P39.9
37.	гонококковая инфекция глаз	A54.3
	<b><i>Внутрибольничные гнойно-воспалительные инфекции родильниц, из них:</i></b>	085, 086, O86.0, 2, O90.0, O90.1, O91.0, O91.1, O75.3, J12-15, K65.0
38.	послеродовый сепсис	O85
39.	другие послеродовые инфекции	O86
40.	инфекция хирургической акушерской раны (рана кесарева сечения, шов промежности)	O86.0
41.	инфекции мочевых путей после родов	O86.2
42.	расхождение швов после кесарева сечения	O90.0
43.	расхождение швов промежности	O90.1
44.	инфекции соска, связанные с деторождением	O91.0
45.	абсцесс молочной железы, связанный с деторождением	O91.1
46.	другие инфекции во время родов	O75.3
47.	вирусные и бактериальные пневмонии	J12-15
48.	Перитонит	K65.0
	<b><i>Послеоперационные инфекции, из них:</i></b>	
49.	стрептококковая септицемия	A40
50.	другая септицемия	A41
51.	другая уточненная септицемия	A41.8
52.	газовая гангрена	A48.0
53.	бактериальный менингит, не классифицированный в других рубриках	G00
54.	бактериальный менингоэнцефалит и менингомиелит, не классифицированный в других рубриках	G04.2
55.	другой энцефалит, миелит или энцефаломиелит	G04.8
56.	энцефалит, миелит или энцефаломиелит неуточненный	G04.9
57.	флебит и тромбофлебит	180

58.	острый перитонит	K65.0
59.	другие виды перитонита	K65.8
60.	остеомиелит	M86
61.	расхождение краев операционной раны, не классифицированное в других рубриках	T81.3
62.	инфекция, связанная с процедурой, не классифицированная в других рубриках	T81.4
63.	инфекция и воспалительная реакция, связанные с протезом сердечного клапана, другими сердечными и сосудистыми устройствами, имплантатами и трансплантатами	T82.6,7
64.	инфекция и воспалительная реакция, обусловленные протезным устройством, имплантатом и трансплантатом в мочеполовой системе, половом тракте	T83.5,6
65.	инфекция и воспалительная реакция, обусловленные эндопротезированием, внутренним фиксирующим устройством (любой локализации), другими внутренними ортопедическими протезными устройствами, имплантатами, трансплантатами	T84.5,6,7
66.	инфекция ампутационной культы	T87.4
67.	инфекция, связанная с искусственным оплодотворением	N98.0
68.	неудачный медицинский аборт, осложнившийся инфекцией половых путей и тазовых органов	O07.0
69.	инфекция половых путей и тазовых органов, вызванная абортom, внематочной и молярной беременностью	O08.0
	<b><i>Постинъекционные инфекции, из них:</i></b>	
70.	инфекции, связанные с инфузией, трансфузией и лечебной инъекцией	T80.1,2
71.	инфекция, связанная с иммунизацией	T88.0
	<b><i>Инфекции мочевыводящих путей, из них:</i></b>	
72.	острый цистит	N30.0
73.	инфекции мочевыводящих путей без установленной локализации	N39.0
74.	Уретральный абсцесс	N34.0
75.	<b><i>Вирусные и бактериальные пневмонии</i></b>	J12-J15
76.	Другие ИСМП, инфекционные заболевания, носительство возбудителей инфекционных заболеваний, связанные с пребыванием в медицинской организации	Обозначаются кодами по 10 МКБ соответственно нозологической форме

**Приложение 13**  
к СанПиН 2.1.3.\_\_\_\_-1\_

**УТВЕРЖДЕНЫ**

постановлением Главного  
государственного санитарного  
врача Российской Федерации

от \_\_\_\_\_ 20\_\_ № \_\_

**ПОРЯДОК УБОРКИ ПОМЕЩЕНИЙ РАЗЛИЧНЫХ СТРУКТУРНЫХ  
ОТДЕЛЕНИЙ АКУШЕРСКОГО СТАЦИОНАРА**

Приемно-смотровое отделение	Родовое отделение				Отделение новорожденных	Обсервационное отделение
	предродовые палаты	Родильный зал, боксированный родильный блок	вспомогательные помещения	послеродовое физиологическое отделение с раздельными совместным пребыванием матери и ребенка		
1	2	3	4	5	6	7
<b>Текущая уборка</b>						
Влажная уборка 2 раза в день с использованием моющего средства, один раз в сутки уборка с использованием дезинфицирующего средства. После каждой уборки производится обеззараживание воздуха. После обеззараживания воздуха УФ-излучением помещение проветривают в течение 20 минут.	1. При наличии одного родильного зала уборка с применением дезинфицирующего средства - 1 раз в сутки при отсутствии родов, производится обеззараживание воздуха. После обеззараживания воздуха УФ-излучением помещение проветривают в течение 20 минут.	2. При наличии двух и более родзалов (боксированных родблоков) уборку проводят в каждом из них после приема родов	Влажная уборка с использованием дезинфицирующего средства не реже 1 раза в день	Ежедневно влажная уборка – 3 раза в день, из них – 2 раза с использованием моющего средства, третий раз – с применением дезинфицирующего средства	3	Ежедневно влажная уборка – 3 раза в день, из них – 2 раза с использованием моющего средства, третий раз – с применением дезинфицирующего средства
Обработку помещений проводят в следующем порядке: сначала - комнату - фильтр, затем смотровую, душевую, санузел.				После каждой уборки все объекты и поверхности в помещениях протирают салфеткой, смоченной водопроводной водой, воздух обеззараживают. После обеззараживания воздуха УФ-излучением помещение проветривают в течение 20 минут.		
<b>Уборка по типу заключительной дезинфекции</b>						

		<p>При наличии одного родильного зала уборку проводят не реже одного раза в три дня. При наличии двух родзалов, в боксированном родблоке уборку проводят поочередно в каждом из них с применением дезинфицирующего средства.</p> <p>После каждой уборки все объекты и поверхности в помещениях протирают салфеткой, смоченной водопроводной водой, воздух обеззараживают.</p> <p>После обеззараживания воздуха УФ-излучением помещение проветривают в течение 20 минут.</p> <p>Дату проведения дезинфекции фиксируют в журнале.</p>	<p>Один раз в неделю</p>	<p>После выписки родильницы и новорожденного или при переводе в наблюдательное отделение с применением дезинфицирующего средства</p> <p>После каждой уборки все объекты и поверхности в помещениях протирают салфеткой, смоченной водопроводной водой, воздух обеззараживают. После обеззараживания воздуха УФ-излучением помещение проветривают в течение 20 минут.</p> <p>После выписки родильницы проводят заключительную дезинфекцию.</p>		<p>Один раз в неделю (стены - на высоту 2 м) с применением дезинфицирующего средства</p>
--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	------------------------------------------------------------------------------------------

